

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 111

FACULTE DE MEDECINE

L'ORCHITE MALTAISE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1910

PAR

Motel FAIN SILBER (Rusu)

Né le 9 avril 1880 à Kichineff (Russie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	CARRIEU, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		DUCAMP, Professeur,		
		LAGRIFFOUL, Agrégé,		
		LEENHARDT, Agrégé,		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

L'ORCHITE MALTAISE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 111

FACULTE DE MEDECINE

L'ORCHITE MALTAISE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1910

PAR

Motel FAINSILBER (Rusu)

Né le 9 avril 1880 à Kichineff (Russie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{	CARRIEU, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
	DUCAMP, Professeur,		
	LAGRIFFOUL, Agrégé,		
	LEENHARDT, Agrégé,		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN
SARDA.	ASSESSEUR
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseigne ^t de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TÉDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints: MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire: M. VIALLETON

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examineurs de la Thèse

MM. CARRIEU, président.	LEENHARDT, agrégé.
DUCAMP, professeur.	LAGRIFFOUL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans ses Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA FEMME

C'est ton nom, Toni, qui me vient le premier, non seulement pour le précieux concours que tu me donnas à l'occasion de ce travail, mais encore et surtout pour tout ce que je dois à ton caractère tout de douceur, de sacrifice et de noblesse et à ton affection si vivante et si précieuse. Que ta modestie veuille bien excuser cette manifestation d'estime et de tendresse. M. F.

A MES PARENTS.

auxquels je dois le meilleur de moi-même ma reconnaissance la plus affectueuse.

M. FAINSILBER.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU
AU MAITRE AIMÉ, AU PRÉSIDENT DE CETTE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAGRIFFOUL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

Affectueux respect,

M. FAIN SILBER..

SOUVENIRS

J'en ai le souvenir très net. Je le vois, comme s'il se trouvait devant moi, le petit garçon timide, aux longues boucles châtain clair ; une femme, aux yeux bleus, au front très large, le tient tout près d'elle et lui pose, comme tant d'autres fois, la question ironique :

— Voyons : quand tu seras grand, que veux-tu être : médecin ou ingénieur ?

Et, la poitrine contre les genoux de maman, je lève mes yeux vers le ciel de ses yeux bleus, et, avec la violence des timides, lui réponds :

— Plutôt cocher de fiacre, maman, que médecin ! Quelle vilaine chose que d'être médecin !

Et maman sourit... Elle sourit de ses lèvres minces, qui cachent l'ironie et la tendresse ensemble. Elle sourira longtemps, car longtemps encore cette antipathie pour la médecine me dominera. Je ne connaissais pas alors le bonheur de soulager, ni cette sensation divine de ranimer et de prolonger la vie. Mon esprit aimait la gymnastique intellectuelle des équations et des épures, les promenades à travers les rêves de la poésie et de la métaphysique, les gouffres de la psychologie humaine.

Mais, un jour maussade d'octobre, mes parents vinrent, d'un ton significatif, me parler.

— Tu ne veux toujours pas faire la médecine ?

— Non.

— Si tu te décides pour la médecine, nous t'envoyons en France... — et ma mère m'épie du coin de l'œil.

La France ! L'aboutissement de tant de rêves ! Le pays aimé, chéri, adoré à travers les brouillards de l'espace ; la nation dont la science et la littérature formaient le puits auquel nous abreuvions notre esprit assoiffé de Beau et de Justice.

— C'est entendu ! Je ferai la médecine.

Et quelques jours après je quittais la capitale de la belle Moldavie pour rejoindre la ville dont on m'avait le plus parlé, et qu'on m'avait le plus vantée : Montpellier.

Et je la vis, cette France, cette seconde patrie de tout intellectuel, et j'en vis la partie la plus belle, la plus ensoleillée : le Midi.

Dans mon pardessus d'hiver, encore sous l'impression du Tyrol sauvage et des neiges suisses, je m'étonnais de la douce chaleur de ce pays, qui descendait du ciel admirablement bleu pour inonder les amandiers chevelus, les oliviers poussiéreux, les vignes illimitées. Et je me sentis dans un pays nouveau, dans un monde nouveau, et j'en fus subjugué. Le soir, lorsque Montpellier s'endort, j'allais contempler son crépuscule suave. Par le vieil arc de triomphe, on apercevait le Peyrou, le Château d'eau et le bronze de Louis XIV. On aurait dit une immense carte postale illustrée, baignée dans une lumière douce, diaphane, mauve.

Mais j'y trouvais plus que la nature. Je connus aussi le Français. On ne s' imagine pas combien les Français sont méconnus à l'étranger, et, chose bizarre, on y aime profondément la France, mais bien peu les Français. Et cela s'explique. Ceux qui ne l'ont jamais vue de près, connaissent la France par son histoire glorieuse, par ses actes courageux ; les Français ne sont, eux, connus que par la littérature. Or, la majeure partie de la littérature et du

théâtre français ne s'occupe aujourd'hui que de la vie lyrique et mondaine. Il est curieux de constater que les meilleurs auteurs français nous donnent généralement des héros nullement embarrassés, dans leur vie, par leurs enfants, pas plus que par leurs travaux et par leurs préoccupations intellectuelles. Flirt, amour, arrivisme, — voilà les sujets de prédilection de la littérature française contemporaine. De sorte que, d'après cette littérature, les Français ne seraient que de pâles Don Juan sans intérêt. Et pourtant, qui enfante alors les grands rêves qui planent sur ce pays ? Qui crée cette science merveilleuse et cet art supérieur ? Qui prépare ces terribles luttes, ces actes d'énergie, ces gestes sublimes qui, telle une eau bien-faisante, se déversent sur l'humanité tout entière ? Y aurait-il une autre France, d'autres Français ? Oui et non. Car ce sont les mêmes bons viveurs, les mêmes superficiels, les mêmes indifférents qui, à certains moments, vivent leur *autre vie* : la vie de labeur, de dévouement et d'idéal. Cette vie-là, ce n'est point dans les livres qu'il faut la chercher, mais dans la vie française elle-même, cette vie riche et simple, intense et douce, compliquée, complexe, contradictoire, — la vie vraie.

Et je la connus, et je l'aimai. Je la connus partout, dans tous les milieux où j'eus la bonne fortune de pénétrer.

Elle me fut révélée à cette vieille Ecole, d'abord. Et, aujourd'hui que je vais la quitter, elle passe devant moi, telles les images d'un immense cinématographe, avec ses salles, ses laboratoires, ses maîtres surtout.

Me voilà dans la salle de dissection, dans cette vieille salle où l'on disséquait déjà en 1376. Penché sur les restes d'un cadavre, j'entends autour de moi grouiller tout une jeune humanité. Des jeunes filles mystiques, des jeu-

nes gens gais, — un brouhaha de voix et de rires, — le sourire de Rabelais plane à côté de la pensée d'Hippocrate.

Voici ensuite les grands amphithéâtres, où vinrent, au temps jadis, s'asseoir les Bordeaux, les Barthez, les Dumas, et tant d'autres. En bas, devant le tableau noir et derrière le tapis vert, se dresse un buste fort, fier quoique simple, une tête de savant allemand, presque chauve, les yeux myopes, cherchant à travers ses lunettes les yeux de ceux qui écoutent religieusement. Et, sous la voûte séculaire, cependant que la droite dessine avec méthode, avec goût, avec art, sa voix chaude et sûre résonne comme un conseil de père. C'est le cours d'histologie de M. le professeur Vialleton.

Et cet autre maître, qui, entre deux claquements de langue, nous explique de la façon la plus simple du monde les secrets de la physiologie humaine. Et je me souviens qu'un jour, en sortant d'une leçon sur la physiologie du neurone, je ne pus m'empêcher — il m'est bien permis de l'avouer aujourd'hui, — d'adresser à M. le professeur Hédon une lettre, — anonyme, cela va sans dire, — de remerciements et d'admiration.

Et, entre deux chapitres d'anatomie, je me glisse dans les couloirs froids et sombres de la clinique de notre vénéré doyen. Ah ! l'esprit large, multilatéral, éclectique, universel, qui caractérise cette merveilleuse Ecole montpelliéraine ! C'est là son plus beau mérite et sa plus grande beauté. Et j'écoute le langage concis, clair, quoique éminemment abstrait, de M. Delacroix, professeur de psychologie à la Faculté des Lettres. Parfaitement, à la Faculté des Lettres ! Les deux Ecoles se sont donné la main ; elles se rendent mutuellement service. Ensuite, c'est le tour

du clinicien. Grand, droit, digne, il porte par-dessus nous tous sa tête grise, douce, rêveuse, un peu penchée en avant et passe, tel une statue vivante, parmi ces pauvres malheureux, auxquels il a voué toute sa vie et son âme tout entière. Et, de tous les côtés arrivent des voix bizarres, de tous les âges et de tous les timbres : « M'sieu Mairet ! M'sieu Mairet ! » Et lui, les mains derrière le dos, le sourire aux lèvres, s'arrête devant les uns et les autres et, de sa voix capricieuse, tantôt de soprano, tantôt de baryton, invite et interroge : « Qu'est-ce qui vous tracasse, mon enfant ? » « Mon enfant » n'a que 70 ans...

Décidément, la littérature est inséparable de notre Ecole. Le cours de pathologie interne de M. le professeur Ducamp, — voilà un tableau de peintre, une page de littérateur. En apparence calme et impassible, il fait vivre devant nous l'angoisse du malade qu'il décrit, et dont il semble lui-même éprouver la misère, tellement la description est plastique.

Et voilà maintenant la grande clinique, le véritable temple du médecin. Là, il ne suffit plus d'être érudit et clair, il faut avoir du cœur autant que du talent. Et ils sont là nombreux, mes maîtres, pour me l'apprendre.

Ecoutez donc cet exposé admirablement clair, simple, éminemment pratique, d'un style sautillant, parsemé de perles rabelaisiennes. Dans sa petite barbe noire, le jeune maître qui nous fait le plaisir de nous enseigner les maladies des voies urinaires, laisse glisser un imperceptible sourire qui enchante les auditeurs. Mais que s'est-il passé ? Pourquoi, quelques instants après, ses yeux myopes sont-ils devenus si rêveurs, si doux, et presque larmoyants ? Pourquoi sa voix déverse-t-elle un trésor de bonté, mal dis-

simulée sous le voile de sévères reproches ? M. Jeanbrau est devant un malade, devant un homme qui souffre, devant la souffrance humaine.

A côté, dans une autre salle de l'Hôpital Général, dans une de ces salles très longues, mais trop basses, où vient se réfugier la vieillesse impuissante, où gisent humblement les débris misérables de nos frères et sœurs, — les débris de notre pauvre humanité, — la voix vibrante, chaude, sincère, un autre jeune maître aimé, M. le professeur agrégé Vires, discute avec une diction communicative, les dernières théories de la pathologie générale, qu'il compare avec les idées de l'Ecole montpelliéraine. Et il semble que l'âme même de cette vieille Ecole vibre dans sa voix et plane autour de nous.

La chirurgie. — M. le professeur Tédénat, tout en caressant les quelques pauvres cheveux qui ne restent sur son chef que pour le faire paraître plus chauve, raconte, — car il *raconte* toujours, même les leçons les plus serrées, — raconte admirablement le cas du dernier opéré. Il raconte, tout en marchant sur vous comme un ennemi farouche, avec sa merveilleuse mimique de véritable comédien, et, dans un langage négligé, mais prenant et imagé, assaisonne le tout de détails et d'anecdotes qui ont le don de rendre les choses absolument inoubliables.

Dans « la maison à côté », les auditeurs ne sont pas moins heureux : la diction irréprochable de M. le professeur Forgue, laquelle, pour ceux qui l'entendent pour la première fois, semble affectée, maniérée, mais qui n'est, en réalité, que la manifestation de son esprit méthodique, convient au fond même de ce que le maître expose, avec tant

de système, tout en traçant, petit devant le grand tableau, des dessins aussi nets qu'artistiques.

Avez-vous remarqué que les yeux nous trahissent presque toujours ? Voyez ces yeux bleus, doux, restés toujours jeunes, qui, malgré l'air courroucé du front vallonné, le pli ironique de la bouche et le ton maussade de la moustache, rayonnent de bonté et de douceur. Ah ! ce n'est pas pour rien qu'il est « Papa Carrieu ». Car nous autres, étudiants, nous cherchons chez nos maîtres de l'affection aussi bien que de l'érudition et du talent. Et, lorsque, après un exposé magistral, des aperçus originaux, des citations variées, le chef de service des salles *Bichat* et *Combal* nous regarde paternellement et s'intéresse à nous, nous nous sentons heureux et fiers.

Et imaginez-vous quelque chose de plus admirable que cet autre tableau : M. le professeur Carrieu se consultant avec son voisin, M. le professeur Grasset ! La tête un peu sauvage, chevelu et barbu comme un autre Socrate, l'auteur universellement connu de tant d'ouvrages étonne par la simplicité et la modestie qu'il garde au lit du malade. Oh ! vous pouvez lui parler de tout, avoir les idées qu'il vous plaira, faire les objections que vous voudrez, — il a l'esprit large et ignore la rancune.

Et c'est pour remplir le vide laissé par le départ de cet homme universel que vint M. le professeur Rauzier. Plus ironique que souriant, demandant souvent l'avis des élèves, il est certainement un des maîtres qui nous aura le plus appris au point de vue clinique.

Nous sommes déjà trop long. Nous sommes obligé d'en passer ; mais nous voudrions cependant dire avec quelle

amabilité M. le professeur agrégé Lagriffoul encourage ceux qui s'adressent à lui. Nous n'oublierons pas ses leçons sur les maladies infectieuses, ni la bonté d'avoir fait pour nous un très grand nombre de séro-diagnostic.

Disons aussi combien instructif et agréable fut pour nous le temps que nous avons passé dans le service de M. le professeur agrégé Mouret, où nous avons commencé l'étude clinique de l'oto-rhino-laryngologie. Cette barbe en fourchette est bien celle de l'homme énergique et habile que nous avons eu la joie de connaître ; le sourire est celui du maître aimable et fin qui nous fit un accueil excellent.

Et finissons par le jeune maître, qui nous a toujours charmé par son caractère et instruit par son esprit. Dans sa blouse blanche, le sourire aux lèvres, conciliant tout en revenant à son idée, M. le professeur agrégé Leenhardt est certainement le pédiâtre né, et parmi les maîtres que l'on fréquente avec le plus d'enthousiasme. Nous avons eu la bonne fortune d'arrêter avec lui le sujet de ce travail.

Et tant d'autres souvenirs frappent à la porte de notre esprit, car nous avons eu la joie de connaître la vie française en dehors de la Faculté. C'est M. le professeur Gaston Milhaud, aujourd'hui de la Sorbonne, que nous avons pu le mieux aimer et admirer. Il nous fut donné, non seulement de goûter son cours merveilleux de philosophie, mais encore d'admirer son caractère élevé et son admirable modestie de savant, de jouir de ses excellents conseils et de son encouragement, et — nous sommes fier de l'ajouter — il a bien voulu nous faire l'honneur de sa précieuse amitié.

Des relations amicales nous ont permis d'apprécier le charme du commerce de deux de nos meilleurs chefs de clinique : le docteur Bousquet, que tous les étudiants apprécient avec tant de sympathie, et le docteur Henri Roger, auquel nous devons exprimer toute notre reconnaissance pour les services qu'il nous a rendus à l'occasion de cette étude, lui qui approfondit si bien la question de la fièvre de Malte en France.

Ce serait de l'ingratitude que d'oublier M. le docteur Maunier, notre chef de service pendant l'internat que nous fîmes à l'Asile d'aliénés d'Aix-en-Provence ; il fut pour nous un maître aussi précieux qu'amical. Quant à M. Guichet, le très dévoué directeur du même asile, il mérite le meilleur de notre reconnaissance, car il ne cessa de nous gâter comme « un enfant de la maison », — c'est son expression, — ne nous refusant rien de ce qui était en son pouvoir.

Disons aussi combien nous apprécions l'excellent caractère du docteur Jalaguier (de Sommières) et combien vifs sont nos souhaits de le voir vite rétabli.

Il est une camarade d'études que nos maîtres connaissent. Elle est maintenant, à la suite d'un surmenage causé par un travail de microbiologie, justement couronné de succès, en pleine fièvre de Malte. Elle fut pour nous et pour les nôtres une exquise camarade et une amie très dévouée. Que Mlle Alexandra Bass veuille bien nous permettre de lui adresser ici, avec nos plus chaleureux vœux de prompt rétablissement, l'expression de notre respectueuse affection et de notre amitié dévouée.

Comment pourrions-nous finir sans penser au plus digne et plus enthousiaste de nos amis de France, mais qui

nous a quitté trop jeune ! Tous ceux qui ont connu ce mystique actif que fut Paul Olivier-Lacroix ont, comme nous, apprécié ce cœur enthousiaste, cette âme d'élite, cet ami inoubliable que l'immortelle Faucheuse emporta trop tôt de sa faux impitoyable.

Qu'on nous pardonne la longueur démesurée de ces lignes : on ne se lasse jamais de crier son admiration pour ceux qu'on chérit.

M. F.

L'ORCHITE MALTAISE

DEFINITION

L'orchite maltaise est l'inflammation du testicule ou de ses annexes, ou encore de leur association, survenue à l'occasion de la fièvre de Malte.

Nous étudierons cette question, basée sur un certain nombre d'observations, dont seize figurent ici. Sur ces seize observations, trois seulement sont reproduites d'après des auteurs ; dix sont inédites, dont une personnelle, les autres sont dues à l'extrême obligeance de M. le professeur agrégé Leenhardt, auquel nous devons l'idée de ce travail, et à qui nous ne saurons jamais assez exprimer notre reconnaissance ; au docteur Roger, chef de clinique, qui fut pour nous, dans cette circonstance, le charmant ami que nous étions habitué à voir en lui ; et aux praticiens, les docteurs Narich (de Montarnaud) et Arnal (de Trévières). Quant aux trois autres observations, tout en étant le résumé de cas déjà publiés, elles sont inédites au point de vue de l'orchite, car les docteurs Lapeyre (de Fontainebleau), Challiès (de Vias), et Manquat (de Nice) ont bien voulu nous donner des renseignements nouveaux à ce sujet. Qu'ils reçoivent tous ici l'expression de notre meilleure reconnaissance. Les 27 observations de Cantaloube étant

encore sous presse, nous les faisons figurer simplement sur notre tableau, en remerciant le docteur Cantaloube pour l'excellent accueil qu'il nous fit en mettant à notre disposition les épreuves de son ouvrage.

Nous nous sommes butté contre de très fortes difficultés en faisant ce travail. Ce n'est point par esprit de banalité que nous en avouons les très grands défauts. Ce qui les excuse en partie, c'est que ce sujet est absolument nouveau, et qu'il nous a demandé des démarches nombreuses et des lectures minutieuses et fort variées.

C'est d'ailleurs cette nouveauté même du sujet qui nous incita à le faire.

HISTORIQUE

L'historique de l'orchite maltaise n'est, certes, pas le chapitre le plus commode de la question qui nous occupe. Il présente des difficultés énormes, pour ne pas dire insurmontables. Et ceci pour des raisons d'ordre général. C'est que nous voulons, nous autres, médecins, différer de tous les autres hommes de science. Tandis que les physiciens, les chimistes, les astronomes avouent leur ignorance en face de nombreux phénomènes incompréhensibles à notre époque, les médecins, eux, ont la prétention de faire *toujours* un diagnostic. Et nous avons souvent entendu un de nos excellents maîtres de Montpellier nous conseiller de faire toujours un diagnostic, ne serait-ce qu'à titre provisoire.

Si nos précurseurs, nos ancêtres professionnels, avaient eu le courage de classer certaines maladies dans le groupe des « non diagnostiquables pour le moment », nous aurions pu aujourd'hui retirer, pour les examiner, toutes les observations, tous les faits signalés, cachés dans ce sombre tiroir de l'ignorance avouée. Mais souvent nous établissons des relations de cause à effet là où il n'y a peut-être qu'une simple succession d'événements, ou bien encore un parallélisme pur et simple.

D'autre part, nous émettons, au nom de la sainte et inviolable statistique des lois basées sur un nombre plus

ou moins restreint de cas, mais lois que nous proclamons générales. De sorte que nous nous créons des idées préconçues. « Les idées viennent des sens » dit Locke. Mais notre vie est tellement artificialisée, que nous avons interverti l'ordre des choses les plus essentielles : *nous sentons par nos idées*.

On comprendra que dans ces conditions il est difficile de faire l'historique d'une question aussi peu connue que l'orchite maltaise.

Oh ! ce n'est pas l'historique proprement dit qui présente des difficultés ; il est, quant à lui, assez simple. Ce qui est compliqué, c'est de débrouiller la période préhistorique, si on nous permet ce terme ; de glaner quelques faits dans la nuit du passé, alors que la fièvre de Malte était elle-même confondue avec nombre d'affections classées. C'est dire que la question se confond avec l'historique de la fièvre de Malte en général, historique qui est encore à faire et dont nous ne pouvons nous charger dans ce bien modeste travail. Qu'il nous soit permis seulement de jeter quelques jalons sur la route entortillée de ce problème.

Une question se pose : *quelle est la première observation d'orchite maltaise ?* Pour y répondre, il faut aborder deux autres questions : 1° Quelle est la première observation de fièvre de Malte ? 2° Quelle est la première observation d'orchite due à une infection générale ?

Si la première observation, la première description de la fièvre ondulante peut être attribuée à Marston qui, atteint lui-même de cette affection, la décrivit en 1859, il est certain que le premier cas de cette affection fébrile est beaucoup plus ancien. En fouillant dans la littérature médicale, on trouve un très grand nombre d'observations qui nous permettent de penser à la fièvre de Malte. Pendant fort longtemps, la fièvre qui nous occupe ici, fut

confondue avec un nombre considérable d'affections : rhumatisme, fièvre typhoïde, suette miliaire, paludisme, phtisie, etc., etc. (1) Nous voulons surtout attirer l'attention sur l'hésitation, l'« embrouillement » qui règnent après la description de Marston ; ce n'est que vers 1887-1888 que, grâce aux travaux de Bruce, la fièvre de Malte devient réellement une entité morbide.

Il y a aussi, écrit Bruce en avril 1893, je crois, de bonnes raisons de penser que cette fièvre est la même que celle que divers savants italiens ont décrite comme *adéno-typhoïde*, *typhoïde intermittente*, *typhoïde atypique*, *fièvre sudorale* et autres noms.

Nous voudrions aussi attirer l'attention sur les travaux de Duffey, oublié un peu par les auteurs et qui, au milieu de l'indécision générale, étudie « les fièvres dites de Malte » et les divise en deux formes principales :

La première, éphémère ou *fébricule*, due au climat et ne durant que trois jours habituellement (ce serait là, d'après Duffey, ce que Lebert a décrit sous le nom de *typhus abortif*). La seconde, à type continu comme la précédente, qui a été désignée par les différents observateurs sous les noms de *fièvre rémittente gastrique*, *fièvre bilieuse*, *fièvre gastrique*, ne serait, à son avis, autre que la fièvre typhoïde ordinaire. Malgré cette confusion, Duffey, qui avait passé quatre ans dans l'île de Malte, est l'auteur d'un mémoire très instructif et, chose particulièrement intéressante pour nous, publie 18 cas d'orchite observés

(1) Un cas observé par les docteur Arnal (de Tréviers) et Manquet (de Ganges) et qui dura 2 ans, fut successivement diagnostiqué par différents médecins et chirurgiens éminents : cancer, tuberculose, sciatique, congestion médullaire.

à Malte, en 1867-68, pendant la convalescence de la seconde forme.

Mais revenons à la fièvre de Malte en général. Comme des travaux récents, et surtout la revue générale de notre excellent ami, le docteur Henri Roger, de Montpellier, ont déjà étudié cette question, nous nous contenterons d'en donner un simple tableau, mais que, malgré sa forme schématique, nous croyons, plus complet que les historiques déjà publiés :

1816. — Premiers documents concernant cette fièvre, dus à des Anglais. *Précurseurs hésitants* : Æghorn, Hernen, Irwin, Bruns, Baxter, Davy, Clark, Bennet et d'autres.

1859. — Marston, atteint lui-même de la fièvre de Malte, en donne la première description.

Vers 1860, *l'Annual medical Blue Book's of Navy* publie plusieurs observations sous différentes dénominations : Pottinger la confond avec la fièvre typhoïde ; Mackey en fait une sorte de cachexie climatérique.

1865-66. — Boileau considère plusieurs de ces cas comme des fièvres typhoïdes.

1866. — Etude de Chartres.

1871. — Premier travail italien : *Febri endemiche di Malta* par le docteur Giulia, originaire de l'île de Malte, avec plusieurs observations.

Pléthore de travaux et d'observations par les médecins de l'Italie méridionale, mais la confusion persiste toujours avec la fièvre typhoïde, la suette miliaire, etc. ; cependant, vu la physionomie particulière de cette affection, certains auteurs la baptisent du nom plus vague de fièvre typho-palustre.

1872. — *Dublin Journ. of medical science* publie le mé-

moire de Duffey, dont nous avons déjà parlé et sur lequel nous nous réservons de revenir.

1881. — Ellis suit les traces de Duffey, en observant 4 cas d'orchite pendant « la fièvre dite de Malte ». Néanmoins, la confusion continue jusqu'en 1884. Turner, de Gibraltar, confond encore cette affection fébrile avec la dothiéntérie.

1887 est la date qui fait époque : découverte du *micococcus melitensis* par BRUCE (1887-1893).

1889. — Maffet démontre que Turner, en 1884, s'était trompé, confondant la fièvre méditerranéenne avec la fièvre typhoïde.

1893-1897. — Gipps et Hughes confirment les recherches de Bruce.

1897. — Seconde date : WRIGHT découvre le séro-diagnostic de la fièvre de Malte.

Au XX^e siècle, un nombre considérable de rapports de la Méditerraneanfever Commission ;

Zammit étudie son origine caprine ; des travaux nombreux dans tous les pays faisant partie du bassin de la Méditerranée.

C'est en France que l'on tâtonne le plus longtemps.

On a pris l'habitude de dire et d'écrire que ce sont Danlos, Wurtz et Tanon qui ont les premiers observé la fièvre de Malte en France. Les choses présentées de cette façon sont loin d'être vraies. Ce qui est vrai, c'est qu'ils sont les premiers à avoir *publié* en France des cas.

Nous nous croyons autorisé à prétendre qu'il n'y a là aucun mérite ; bien au contraire... C'est que la communication de M. Danlos se rapporte à des malades qui ne sont pas les siens et dont le diagnostic donna beaucoup de tracas, mais à un tout autre que lui. Voici, en effet, ce que nous écrit le docteur Lapeyre (de Fontainebleau), auquel

nous avions écrit pour connaître les raisons de ses prétentions de priorité dans ses observations publiées en 1909. Comme la recherche de la paternité est à l'ordre du jour en France, nous demandons au docteur Lapeyre la permission de reproduire ses propres termes.

« La communication qu'a faite M. Danlos se rapporte à mes malades dont un était son neveu. Je l'avais tenu au courant, par le fait, des différentes alternatives par lesquelles j'ai passé pour arriver à mon diagnostic. Il voyageait à ce moment. A son retour, je partis en voyage, n'ayant plus aucun doute sur l'origine de l'affection dont étaient atteints mes malades.

« C'est pendant mon voyage, d'été en octobre, qu'il fit sa communication et c'est moi qui y figure comme docteur L... »

La vérité exige donc de rectifier les choses : c'est au docteur Lapeyre que nous devons la première observation de fièvre de Malte en France. Cependant, ce n'est pas encore tout ; car quant au *premier diagnostic*, non publié, il est vrai, mais cependant public, de fièvre de Malte en France, nous sommes fier de pouvoir l'attribuer à un Montpelliérain, le docteur Ardin-Delteil, actuellement professeur à la Faculté de médecine d'Alger, qui le fit en 1905 sur un garçon de laboratoire, dont le séro-diagnostic de Wright fut encore positif en 1910.

Enfin, il n'est pas permis, lorsqu'on parle de la fièvre de Malte en France, d'oublier le nom du docteur Cantaloube, de Sumène, qui, en ayant observé 210 cas, nous donne la première description d'une épidémie en France, ni ceux de Lagriffoul et Roger qui ont présenté la question sous différents points de vue et qui mirent en relief cette notion, certaine aujourd'hui, que la fièvre de Malte n'existait pas seulement sous forme d'un foyer d'épidé-

mie dans un ou plusieurs villages, mais qu'elle était depuis bien longtemps installée — endémiquement, sporadiquement, épidémiquement parfois — dans nombre de départements français. Quant au nombre considérable de travaux et d'observations qui se publient depuis quelques mois en France, on s'en rendra compte en consultant les bibliographies. Il faut néanmoins citer la première autopsie pratiquée en France à la suite de la fièvre méditerranéenne, et qui est due à notre maître, M. le professeur Carrieu (mars 1910).

Mais nous revenons, sans crainte de nous répéter, à notre première idée : c'est que la fièvre de Malte est bien et bel une affection ancienne, très ancienne même, aussi bien en France qu'ailleurs.

Faute de preuves positives, nous pouvons du moins mettre un grand point d'interrogation au sujet de toutes ces fièvres typhoïdes à forme douloureuse, à forme sudorale, à rechutes nombreuses, rechutes dont on accusait au hasard l'alimentation bien « maigre » pourtant (bouillon de légumes, par exemple). Qu'est-ce qu'étaient tous ces cas de dothiéntérie sans taches rosées, et où, malgré des recherches obstinées, on ne trouvait point de bacille d'Eberth, on n'obtenait point de séro-diagnostic de Widal ? Qu'est-ce que tous ces cas de « granulie » qui guérissent comme par miracle ; tous ces « pauvres phthisiques » qui, après une cachexie qui n'a guère la générosité de pardonner, reviennent, quelque temps après, et définitivement, à leur état normal ? Qu'est-ce, enfin, que ces paludéens sur lesquels la quinine n'a absolument aucune influence ?

Nous avons, pendant nos lectures, acquis la conviction absolue — si ce terme peut être admissible dans la science — que la fièvre méditerranéenne est fort ancienne. Mais ce qui est plus intéressant pour nous, c'est l'opinion de

nombreux confrères qui ont bien voulu nous dire leur *impression* à ce sujet. Depuis longtemps, depuis toujours, ils avaient des difficultés à diagnostiquer certaines formes de « fièvres » que chacun dénommait à sa façon : fièvre atypique, fièvre irrégulière, etc.

Nous-même, au début du long remplacement de médecin que nous sommes encore en train de faire dans un village du Gard, nous fûmes désorienté à cause de quelques-uns de ces cas. Et nous ne sommes pas le seul à avoir pensé à un travail clinique concernant cette affection fébrile que nous croyions inconnue. Le docteur Cantaloube nous fit penser à la fièvre méditerranéenne, que le séro-diagnostic confirma.

En voilà assez pour la fièvre de Malte en général.

Quant à l'orchite due à une infection générale, disons tout d'abord que l'orchite elle-même fut pendant longtemps confondue avec le sarcocèle, ce qui rendit d'ailleurs la castration très chère aux chirurgiens anciens. C'est J. L. Petit qui, dans la première moitié du XVIII^e siècle, démêla la chose. Et si d'autres auteurs suivirent son exemple, c'est le grand Velpeau qui, dans son *Dictionnaire de Médecine*, publia la première bonne étude sur l'orchite, à l'article « Testicule ». Quant à l'orchite comme complication d'une infection générale, Louis, en 1829, Chomel, en 1834, Bouillaud, en 1837, ne la mentionnent point parmi les complications de la fièvre typhoïde. Et c'est encore Velpeau qui fut le premier à la signaler.

« On voit, dit-il, à la fin de *quelques fièvres graves*, de la dothiéntérie, de la variole, de certaines inflammations articulaires, de certaines maladies étendues des os, de l'infection purulente, une orchite aiguë survenir sans autre cause extérieure appréciable. »

Ce passage nous permet de nous demander si Velpeau

n'est pas le premier à avoir signalé l'orchite maltaise elle-même, tout en l'ayant méconnue, car il est mort bien avant l'étude de Marston. Cette étude, comme celles qui la suivirent, eurent d'ailleurs peu d'influence sur les observations d'orchite maltaise. La grande cause à la mode était le rhumatisme ; peut-être l'excellente étude du Montpelliérain Bouisson qui, en 1845, fut un des premiers à décrire « l'orchite rhumatismale » dans ses leçons cliniques, n'était pas étrangère à cet état de choses. Toujours est-il que Paul Reclus, dans l'article « Testicule » du Dictionnaire encyclopédique de Dechambre et Lereboullet, crut bon de commencer ainsi le chapitre intitulé « Testicule rhumatismal » :

« Le rhumatisme, cette explication de toutes les causes ignorées, ne pouvait manquer d'être invoqué comme déterminant des lésions testiculaires. »

Et plus loin, après avoir dit que l'orchite rhumatismale est extrêmement rare, il ajoute : « Et dans les faits qui ont été publiés, que de causes d'erreur ! Un bon nombre datent d'une époque où l'orchite blennorrhagique n'était pas admise par tout le monde... En outre, depuis quelques années, l'étude des septicémies, des diverses infections a ouvert le chapitre des *pseudo-rhumatismes infectieux*, dont les localisations sont autrement multiples et graves que celles du rhumatisme vrai.

Et ce... despotisme rhumatismal règne pendant longtemps encore, puisque, en 1883, Ollivier, au commencement de la seconde partie de son étude, excellente d'ailleurs, sur l'orchite typhoïdique, écrit ceci :

« Dans le résumé qui précède, je n'ai fait figurer qu'une seule des 18 observations dont parle le docteur Duffey. Les autres sont trop incomplètes, ou doivent être considérées comme des cas d'orchite rhumatismale, sans rapport direct

avec la dothiéntérie. En effet, il est difficile d'admettre que, pendant moins d'une année (l'automne et l'hiver de 1867 et les deux premiers mois de 1868), un seul observateur ait eu l'heureuse chance de recueillir 18 cas d'orchite consécutive à la fièvre typhoïde. »

Or, Ollivier, six pages plus tard, revenant à la charge, veut nous donner un argument de plus que les orchites observées par Duffey, à Malte, n'étaient pas typhiques.

« En effet, dit-il, la coïncidence avec l'inflammation testiculaire ou l'existence antérieure à celle-ci de douleurs rhumatismales dans les muscles et les articulations porte à croire que plusieurs des observations dont il parle, n'étaient probablement autres que de véritables orchites rhumatismales aiguës. »

L'esprit observateur d'Ollivier se refuse à classer ces cas parmi les dothiéntéries, celui de Duffey — d'accepter le diagnostic d'orchite rhumatismale. Ils avaient, mon Dieu ! tous les deux raison, car il s'agissait là d'orchites maltaises.

Cependant Cogombres, en 1858, parlait de l'orchite symptomatique des fièvres graves ; Chedevergne, dans sa thèse de 1864, avait déjà publié une observation, incomplète, il est vrai, d'épididymite « typhoïdique ».

Hanot, en 1873, avait donné une observation très complète d'orchite typhoïdique.

Ellis, en 1881, avait aussi publié 4 cas compliqués « d'une affection rhumatismale du testicule et des organes adjacents ». Or, il s'agissait bien là de cas de fièvre ondulante. Voici, en effet, ses propres termes au début de l'article :

« La fièvre de Malte est certainement la fièvre intermittente qui fait le plus de mal à nos forces, de terre et de mer, non pas tant par sa mortalité qui est très faible,

mais par sa longueur et l'état de débilitation profonde dans lequel elle laisse l'organisme. Elle laisse des douleurs rhumatoïdes, des névralgies, etc..

» Parmi les 23 cas que j'ai observés à bord de notre navire cuirassé, j'ai noté quatre fois une affection rhumatismale du testicule et des organes adjacents. »

Comme on voit, il s'agit là plutôt d'une confusion de termes que de notions étiologiques. Cependant la confusion persiste avec la fièvre typhoïde. Et à ce sujet nous pourrions répéter tout ce que nous avons dit au sujet de la fièvre ondulante en général.

Nous avons de nombreuses raisons de penser qu'un nombre considérable d'orchites étiquetées typhoïdiques ou rhumatismales, n'étaient en réalité que des orchites maltaïses (1).

Nous les esquissons seulement ; d'autres après nous, plus compétents et se trouvant dans de meilleures conditions de recherches, fouilleront et creuseront ce sujet dans la vaste littérature médicale.

Il y a d'abord un point important qui frappe à première vue : nombre d'auteurs ont remarqué la fréquence de l'orchite dans les fièvres typhoïdes *suivies de rechutes*, dans les *formes sudorales et douloureuses*.

Plusieurs observations de Moizard, Cholet, Cassuto, Blumenfeld, Boulaud et d'autres encore nous autorisent, par leur symptomatologie, à penser qu'elles doivent être rattachées à la fièvre de Malte.

(1) Nous sommes heureux de constater que notre ami le docteur Henri Roger, dont nous ignorions les recherches au sujet de l'orchite maltaïse, a fait une série de remarques concordant avec les nôtres et que, lorsqu'il connut notre projet, il voulut bien nous communiquer.

Il y a aussi des raisons géographiques :

Un grand nombre de cas d'orchite dite typhoïdique ont été observés à Malte même ou bien concernaient des malades venant d'Afrique (Algérie, Tunisie, Egypte, etc.).

Enfin, de l'étude statistique comparative des différents auteurs, il se dégage une notion très suggestive, à savoir que dans certains pays l'orchite étiquetée typhoïdique est rare, très rare et même nulle ; or, il se trouve que ces pays sont justement ceux où nous ne connaissons pas des cas de fièvre de Malte, tandis qu'au contraire, dans les pays du bassin méditerranéen, les orchites « typhoïdiques » sont beaucoup plus fréquentes.

Voici quelques chiffres à l'appui de cette opinion :

Armée allemande		0 orchites sur 4.671 fièvres typhoïdes	
Brand	ayant observé en Allemagne	0	— — 5.141 —
Betke		2	— — 1.420 —
Dopfer		0	— — 927 —
Holscher		1	— — 2.000 —
Liebermeister		2	— — 200 —
Laporte obs. à Paris		0	— — 34 —
Sorel		3	— — 871 —
Duffey obs. à Malte		18 cas	
Cholet obs. en <i>Algérie</i>		8	— — 862 —

Blumenfeld ayant observé à Dublin, en Egypte, au Havre, à Philadelphie, Tunisie, Algérie, etc., réunit 69 cas.

Or, la fièvre de Malte — nous allons le voir durant cette étude — s'accompagne souvent, plus souvent qu'on ne le pensait, d'orchite.

Voilà plusieurs circonstances permettant les doutes que nous exprimions, pour ne pas parler un langage plus catégorique.

La première orchite maltaise observée et publiée en France est un des deux cas de MM. Danlos, Wurtz et Ta-

non, datant de décembre 1908 (1) ; mais le docteur Nari-
rich (de Montarnaud) a bien voulu nous communiquer le
résumé d'une observation datant de 1907. Le docteur Jala-
guier (de Sommières) nous cite trois cas d'orchite à la
suite d'une affection fébrile sur la nature de laquelle il ne
lui reste aujourd'hui aucune hésitation, et qui datent res-
pectivement de 1902, 1904 et 1905 ; mais nous n'avons pas,
on le devine, de séro-diagnostic.

Enfin, notre maître aimé, M. le professeur Carrieu, nous
cite un cas d'orchite qu'il avait, ainsi qu'un autre con-
frère, diagnostiqué « orchite typhique » ; mais aujour-
d'hui, il n'a aucun doute sur la nature de cette affection
fébrile qui ne pouvait être qu'une fièvre ondulante. Nous
aurions essayé de rechercher ce malade afin d'en retra-
cer l'observation et pratiquer un séro-diagnostic ; ma-
heureusement, le praticien qui avait appelé M. Carrieu en
consultation, est mort.

Citons, pour finir, le seul article français paru à ce su-
jet : *L'orchite et les autres manifestations génitales dans
la fièvre de Malte* par le docteur Cantaloube.

(1) Nous venons de voir que c'est au docteur Lapeyre qu'elle
appartient

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Quelle est l'étiologie de l'orchite maltaise ? Voilà une question que nous osons poser sans avoir le moindre espoir de la résoudre.

Passons d'abord en revue les différentes circonstances, dont l'étude statistique serait susceptible de nous suggérer quelques hypothèses au sujet des *causes prédisposantes*.

L'âge semble, à première vue, présenter un parallélisme étroit avec l'orchite.

Parmi les malades dont nous faisons figurer ici les observations, un seulement dépasse l'âge de 60 ans, un seul est de 17 ans ; tous les autres ont entre 21 et 40 ans.

Fouquet a observé : un malade de 17 ans, neuf malades entre 21 et 35 ans et un malade de 48 ans.

Il est intéressant de comparer ces chiffres à ceux que donne Blumenfeld au sujet de l'orchite « typhoïdique ». Sur 69 cas, il a eu :

4 cas au-dessous de 15 ans ; 41, entre 16 et 40 ans ; 3, au-dessus de 40 ans ; 21, dont la majorité sont des militaires.

On voit donc que la grande majorité se recrute parmi les adolescents et surtout les adultes.

(1) Nous avons adopté, pour les observations, l'ordre chronologique.

Cependant il nous semble que la question ne doit point être ainsi posée. En effet, les Méditerranéens en général se recrutent surtout parmi les adolescents et les adultes, on a donc peu de chance de découvrir des orchites chez les enfants.

Gillot et Lemaire trouvent 7 pour 100 des cas des enfants de 1 à 12 ans, et nous croyons pouvoir affirmer que c'est là la statistique la plus abondante en enfants méditerranéens (1). Ce qu'il faudrait par conséquent faire, ce serait d'établir le pourcentage de *chaque âge à part*.

Nous sommes d'autant plus autorisé à insister sur ce point, que l'on aurait une tendance à accuser l'âge *a priori*, ce qui ferait d'ailleurs plaisir aux auteurs, — et Dieu sait s'ils sont nombreux ! — qui accusent systématiquement la masturbation. Nous y reviendrons tout à l'heure. Il semble, cependant, que l'orchite est beaucoup plus fréquente chez les adolescents et les adultes.

Ne citons la *race* et la *profession*, que pour les écarter.

Faut-il incriminer le *passé pathologique local* ? Là encore, on serait tenté de répondre positivement. Or, rien ne nous permet d'émettre cette hypothèse. L'examen des observations et des cas à notre connaissance donnerait plutôt un résultat opposé ; la majorité de ces malades sont vierges d'orchite et de blennorrhagie. Nous voulons bien reconnaître qu'un certain nombre de malades sont loin

(1) Des documents inédits nous apprennent que Lagriffoul, Roger et Arnal (de Trévières) comptent sur un grand nombre de méditerranéens, 2 enfants au-dessous de 6 ans, 5 de 11 à 13 ans ; que Cantaloube, sur 169 malades, nous donne 3 enfants au-dessous de 8 ans ; 8 enfants entre 8 et 14 ans 1/2, en tout 11 enfants sur 169 malades, ce qui donne 6,51 pour 100.

d'être sincères dans les renseignements qu'ils nous fournissent. Mais encore, faut-il avoir certaines raisons, ne seraient-elles qu'insignifiantes, pour soupçonner de méfiance des clients qui ont habituellement toute confiance en leur médecin traitant ; il est, en tout cas, aussi dangereux que commode d'en faire un système. Cantaloube, dans son article tout à fait récent, parle un langage très sage : « Quant à la présomption du terrain blennorrhagique nécessaire au développement de l'orchite, je ne puis répondre par des faits, manquant d'affirmations positives dans ce sens et n'ayant pas examiné systématiquement la flore de l'urètre chez ces malades.

« Ma conviction basée sur les mœurs paisibles de ma clientèle, sur la réponse de certains de mes malades (oh ! pas tous), qui m'auraient avoué simplement le fait, sur l'inexistence chez tous ceux-là d'orchite antérieure, tendrait plutôt à ne voir dans l'incidence de l'orchite méditerranéenne chez de vieux gonorrhéiques qu'une relation purement accidentelle. C'est d'ailleurs un point à élucider. »

Mais nous allons plus loin. Supposons un moment que l'orchite maltaise compterait, dans la grande majorité des cas, la blennorrhagie dans le passé ; cela nous permettrait-il d'en établir une relation de cause à effet ? Non, évidemment, vu que la fièvre ondulante est fréquente chez des hommes en pleine activité génitale, en d'autres termes des sujets chez lesquels la blennorrhagie est très fréquente. Il faudrait, pour pouvoir conclure, avoir la contre-épreuve ; nous entendons : connaître le nombre des anciens blennorrhagiques qui, durant leur affection fébrile, n'ont point présenté d'orchite.

Or, cette statistique n'ayant pas été faite — elle est d'ailleurs infaisable, les observations publiées n'étant pas

complètes au point de vue antécédents, — il ne nous est permis de tirer aucune conclusion.

Il y a un autre point à rechercher au point de vue des causes prédisposantes. *La nature et la durée* de la fièvre a-t-elle une influence sur la production de cet épiphénomène ? N'est-ce pas à la suite d'un affaiblissement de l'organisme dû à la longueur de l'affection que l'orchite se produit ?

Cogombres, en parlant de l'orchite symptomatique des fièvres graves, disait ceci en 1858 :

« Nous ne mentionnons que pour remplir notre cadre ces variétés d'orchite, car, dépendant de l'état général qui les a fait naître, elles lui empruntent toute leur gravité, et ne sont guère l'objet d'indications spéciales.

» C'est là un phénomène cachectique analogue aux abcès, aux gangrènes, que l'on rencontre parfois sur divers points du corps, aux localisations des états inflammatoires généraux. »

Eh bien ! nous sommes, encore une fois, obligé de répondre par la négative. Nous rencontrons l'orchite aussi bien dans les fièvres ondulantes très longues (plus d'un an) que dans les formes courtes (30 à 40 jours). De même au point de vue de la gravité : on la rencontre dans les formes extrêmement graves aussi bien que dans les fièvres absolument légères. Ce qui vient aussi à l'appui de cette opinion, c'est que la date de l'apparition de l'orchite ne présente absolument aucune particularité. Elle fait son apparition aussi bien 4 jours après le début de la maladie que 4 mois après la guérison. Chez trois malades de Cantaloube, l'orchite a marqué le début de la fièvre de Malte. Il faut néanmoins reconnaître qu'elle se produit plutôt tardivement. Il faut aussi tenir compte des constatations que Duffey fit en 1867, sur les 18 soldats de l'île de Malte, dont nous avons déjà parlé. Les individus lymphatiques,

dit-il, rhumatisants, ou ceux dont la constitution était altérée par une fièvre antérieure, en ont été le plus souvent atteints. Et il ne néglige pas d'ajouter : Tel est le point remarquable de ces observations, dont l'étiologie reste à trouver.

On a aussi incriminé le climat et la saison. Il y a des influences climatériques et saisonnières, prétend Senator, selon qui l'orchite serait plus fréquente en automne qu'en hiver. Or, presque tous les cas cités par Duffey ont apparu, au contraire, pendant l'hiver 1867, « alors que les hommes étaient cantonnés dans de mauvais baraquements ».

Quant à la constatation de Cholet, à savoir que l'orchite « typhoïdique » est plus fréquente dans les pays chauds, nous avons déjà, dans le chapitre de l'historique, touché un mot à ce sujet. C'est que tout simplement dans ces « pays chauds » (Égypte, Algérie, Tunisie, Malte, Grèce), il ne s'agissait en général pas de fièvre typhoïde mais de fièvre de Malte, où l'orchite est plus fréquente qu'on ne le pensait.

Il y a un autre élément qui nous paraît digne d'intérêt : c'est l'épidémicité. L'extrême variabilité de sa fréquence voudrait indiquer que l'orchite maltaise dépend de certaines conditions, inconnues jusqu'à présent, de virulence peut-être. Déjà, en avril 1881, Duffey ayant observé un grand nombre de cas d'orchite maltaise, écrivait dans le *Lancet* :

« Le fait que cette complication a été rarement observée à Malte semble démontrer qu'elle a un certain caractère épidémique qui dépend de la saison ou de certaines conditions mal connues. »

En effet, en consultant les auteurs, on trouve une fréquence plus grande là où l'on a remarqué un plus grand

nombre de cas de fièvre de Malte, — dans les foyers épidémiques.

En voici quelques chiffres :

Eyne, 8 p. 100 ;

Gardon, 10 p. 100 ;

Rousseau Langwelt, 4 à 5 p. 100 ;

Challiès (de Vias), très forte proportion ;

Cantaloube, 20 p. 100 ;

Lagriffoul, Roger et Arnal, 3 sur 37, — 9 p. 100.

On voit que les auteurs qui nous fournissent la plus forte proportion sont Duffey (épidémie), Cantaloube (épidémie), Challiès, qui prétend avoir observé une épidémie au moment où la fièvre de Malte n'était pas encore connue en France ; on serait tenté de supposer que le virus, pour attaquer le testicule, a besoin d'une certaine virulence, laquelle est atténuée dans les endémies (1). Arnal, il est vrai, ne nous fournit que 9 p. 100 ; il faut cependant ajouter que l'épidémie qu'il a observée, avait une allure complètement différente des autres, présentant surtout des cas légers, de petite durée, sans phénomènes respiratoires, mais avec diarrhée et taches rosées.

Quant aux autres auteurs, nous n'en pouvons rien déduire à cause du petit nombre de malades qu'ils ont observés : Hayat (0 cas), professeur Carrieu (0 cas), professeur Rauziers (1 cas), Lapeyre (1 cas), Narich (de Montarnaud) (3 cas sur 14) ; nous-même (1 cas sur 6).

Ici, encore, nous ne faisons qu'amorcer la question, lais-

(1) Notre excellent ami le docteur Sarradon (de Gallargues) serait, lui aussi, tenté d'admettre cette hypothèse.

sant à d'autres plus autorisés que nous le soin de la ré-soudre définitivement.

Que penser de cette autre raison donnée : *la masturbation* ? Les auteurs qui l'incriminent sont très nombreux et de tous les pays. Pour eux, la convalescence — car ils veulent que l'orchite ne survienne qu'à la convalescence — produit un réveil de la vitalité génitale, qui se manifeste par la masturbation, d'où véritable orchite traumatique. C'est très beau comme théorie... Seulement, il s'agit de contrôler les faits et de comparer les symptômes de ces deux orchites : infectieuse et traumatique. Nous ne pouvons ici que répéter les considérations exposées au sujet de la blennorrhagie chez nos malades. Ollivier, toujours sceptique, nous dit que « la masturbation rentre dans cette catégorie d'étiologie banale, sous laquelle se cache trop souvent notre ignorance des causes réelles des maladies. »

La masturbation n'est qu'une hypothèse, n'est qu'un soupçon ; d'ailleurs, le fait que l'orchite maltaise se rencontre chez des enfants très jeunes — ne serait-ce que chez un nombre minime — nous prouve que la masturbation n'en est point la cause.

Faut-il examiner la « théorie » anglaise, qui l'attribue au rhumatisme ? La chose nous paraît superflue, vu qu'il s'agit là plutôt d'une question de mots. En effet, celui qui, pour la première fois, baptisa cette orchite du nom d'orchite rhumatismale, Duffey, ne le fit point pour des raisons étiologiques, mais pour son caractère clinique. Et voici ce que l'on peut lire dans un périodique de l'époque :

« On sait qu'il règne, dans cette île de la Méditerranée [île de Malte], différentes fièvres endémiques paraissant de nature typhoïde, mais sans les caractères pathognomoniques de celle-ci. Des douleurs rhumatismales dans

les muscles et les aponévroses de la cuisse et du dos, les articulations de la hanche, du genou, du coude, de l'épaule, et parfois le testicule, en sont ordinairement la suite. C'est pourquoi il [Duffey] a donné à cette orchite, survenant soudainement pendant la convalescence, sans que, dans aucun cas, il ait existé le moindre soupçon de gonorrhée intercurrente ou toute autre cause excitante, l'épithète de « rhumatismale ». C'est « rhumatoïde » qu'il voulait dire.

Enfin, dans une époque que le grand Pasteur a totalement transformée, il était inévitable de s'arrêter sur la théorie infectieuse. Seulement, cela soulève une série de problèmes impossibles à résoudre jusqu'à présent.

Est-ce là une infection spécifique ou banale ?

Est-ce une infection primitive ou secondaire ?

Est-ce enfin le microorganisme lui-même ou bien les toxines élaborées par lui, qui sont l'agent de cette orchite ?

On ne peut, sur ces questions, que faire des hypothèses gratuites. On n'a pas encore examiné assez d'échantillons de pus provenant d'orchites maltaises, et cela pour la raison bien simple que cette orchite suppure exceptionnellement ; on a plus rarement encore examiné le liquide vaginal. Du petit nombre de cas que nous connaissons, nous pouvons déduire que la *spécificité maltaise n'est pas nécessaire*. Citons, en passant, l'observation CXLII de Cantaloube, où l'on ne découvrit point de micrococcus méliensis (il est juste d'ajouter que cet examen ne révéla aucun autre microorganisme).

Puisque la spécificité microbienne n'est pas démontrée, il semble que nous puissions répondre à la seconde question, en disant que l'orchite maltaise est une orchite *secondaire*. Oui, mais alors comment interpréter les cas où

l'orchite s'est déclarée au début, ou fut même la première manifestation apparente de la fièvre de Malte (Ellis, Cantaloube, Lagriffoul, Roger et Arnal) ? Il nous semble bien que ces deux constatations, en apparence contradictoires, pourraient être explicables, si l'on résolvait la troisième question dans le sens de la nature toxique de cette orchite. Le micrococcus melitensis a envahi l'organisme, la fièvre de Malte « couve » ; ses toxines se déversent un peu partout, elle éclatera bientôt sous une forme et dans une région déterminées. Or, elle peut fort bien, dans certains cas, débiter par l'appareil génital, où les toxines, pour des raisons inconnues, ont eu plutôt le dessus.

Ceci nous amène à réfuter une autre objection : « Mais que faites-vous des cas où l'on trouve des gonocoques ou autres microorganismes dans l'urèthre ? » Mon dieu ! le gonocoque peut fort bien n'avoir qu'un rapport secondaire avec l'affection actuelle.

Tous ceux qui ont des gonocoques dans l'urèthre ne sont pas obligatoirement des blennorrhagiques récents (1). Puisque une excitation quelconque peut parfaitement réveiller les gonocoques de leur long sommeil paisible, nous ne voyons pas pourquoi on ne pourrait pas admettre que la fièvre de Malte est un de ces agents d'excitation. On aurait donc une orchite maltaise *accompagnée d'une uréthrite gonococcique*. On pourrait même, dans certains cas, admettre la nature d'association microbienne de cette orchite : le micrococcus ou ses toxines produisant une excitation de l'appareil génital, réveille le gonocoque ou tout autre mi-

(1) Nous pourrions même ajouter que la flore de l'urèthre n'est pas fatalement celle du testicule, puisque la voie canaliculaire est loin d'être admise aujourd'hui.

croorganisme saprophyte et, de cette association, naît l'orchite.

Nous voilà ainsi arrivé à la théorie de l'*infection mixte*, association du micrococcus avec tout autre microbe : gonocoque, streptocoque, staphylocoque, pneumocoque, etc.

Il nous semble que c'est à l'association microbienne qu'il faille, dans la majorité des cas, s'arrêter. Le micrococcus melitensis n'est, en effet, généralement pas pyogène. C'est peut-être là aussi l'explication de la rareté de l'orchite suppurée.

Enfin, on peut encore admettre que le micrococcus ne fait que préparer le terrain à quelque infection que ce soit.

Une fois l'origine infectieuse admise, nous nous buttons contre la question pathogénique. Par quelle voie et par quel mécanisme l'infection arrive-t-elle à causer l'orchite maltaise ? Est-ce une infection ascendante (voie canaliculaire), descendante (voie rénale), ou bien par voie sanguine ?

Nous pensons que la première hypothèse peut facilement être écartée. En effet, nous ne trouvons presque jamais d'urétrite dans l'orchite qui nous occupe ; nous ne connaissons pas, d'autre part, des cas de fièvre de Malte qui aient nécessité un cathétérisme, lequel pourrait nous faire penser à une infection uréthrale. D'ailleurs, même pour l'orchite blennorrhagique, Fournier, frappé par l'intégrité du canal déférent dans un grand nombre de cas, s'était depuis longtemps demandé s'il fallait toujours adopter, pour la pathogénie de l'orchite blennorrhagique, la doctrine de la propagation par continuité de tissus, et il avait répondu par la négative, penchant plutôt pour l'assimilation à ces complications blennorrhagiques qui se

produisent à distance, telles que les arthropathies, les fluxions des gaines, etc.

La voie descendante nous paraît aussi avoir peu de chances d'être admissible. Il est entendu que dans la lutte que donne l'organisme entre les bacilles, le rein est, ainsi que le foie, le principal organe d'élimination microbienne. Bouchard l'admet dans certains cas de fièvre typhoïde. Mais a-t-on trouvé du micrococcus chez des porteurs d'une orchite maltaise? D'autre part, l'extrême rareté de l'épididymite pure ne nous permet guère d'embrasser cette hypothèse.

Il semble que la voie sanguine ou encore lymphatique soit celle qu'on puisse le plus facilement accepter. L'infection méditerranéenne s'étend ; le micrococcus melitensis circule un peu partout et, çà et là, fait étape pour y exercer sa malfaisante influence. Il fait étape lui-même ou bien dépose des toxines dans les articulations, les muscles, la rate, le foie, le testicule, les amygdales.

Cette dernière complication, l'amygdalite, nous suggère un autre point que nous croyons devoir effleurer.

Y a-t-il une relation entre l'angine et l'orchite maltaise? Verneuil, en 1857, établit une relation de cause à effet entre ces deux phénomènes morbides ; mais il ne voit pas la possibilité de l'expliquer d'une façon satisfaisante. Aujourd'hui, à la suite des travaux de Lasègue et de Joal, il est admis que l'orchite aussi bien que l'amygdalite ne sont que l'expression d'un même état général. M. le professeur Quénu a, l'année dernière, examiné cette question d'une façon remarquable. Si nous en parlons ici, c'est parce que notre malade a présenté, quelques jours avant son orchite, une amygdalite très douloureuse.

Enfin, pour être complet, citons quelques opinions au point de vue pathogénie.

D'après Ellis, le micrococcus aurait une prédilection pour les tissus conjonctifs ; Hallopeau pense qu'il se produit, au niveau du testicule, des lésions parenchymateuses analogues à celles qu'on voit à la rate, au foie, dans les ganglions. Widal, se basant sur un cas observé, prétend que l'orchite est due à une thrombose des vaisseaux testiculaires, une sorte de *phlegmatia alba dolens* des vaisseaux spermatiques. Mais en est-elle bien la cause ou plutôt l'effet ? (1)

Pour nous résumer, disons que la vérité est probablement, ici comme ailleurs, intermédiaire : l'orchite maltaïse est, suivant les cas, produite par le micrococcus lui-même, par des toxines ou par une association microbienne, infection charriée très rarement par voie canaliculaire, assez rarement par voie rénale, souvent par voie sanguine.

(1) Ces deux derniers auteurs parlent de l'orchite « typhoïdique » ou du moins, ainsi classée.

OBSERVATIONS (1)

OBSERVATION PREMIÈRE

Dr Cassuto, de Tunis, in Th. Cholet, Montpellier 1903

M. B..., 24 ans. Constitution plutôt débile.

Antécédents. — A eu les maladies de l'enfance : rougeole, variole, quelques bronchites légères. A 12 ans, légère scoliose qui a été soignée en Suisse par la gymnastique suédoise ; il en résulte une déformation de la moitié droite du thorax.

Maladie actuelle. — Au commencement de mars 1903, trois semaines après son mariage, B... commence à ressentir un affaiblissement général, du malaise, des nausées.

Le 10 mars, il se met au lit avec une forte fièvre, 39°6. Courbature généralisée, céphalalgie, nausées, vomissements, douleurs abdominales, toux légère. A l'examen, pouls 96, bien frappé, ventre légèrement météorisé, douleur à la pression de la région épigastrique et de la fosse iliaque droite. Foie et rate normaux. Langue très chargée, constipation, haleine très fétide. A l'auscultation, quelques râles diffus de bronchites.

Malgré le traitement, on n'observe pas d'amélioration les jours suivants. La température est très irrégulière,

(1) Nous avons adopté pour les observations l'ordre chronologique.

ainsi qu'on peut en juger par la courbe numéro 3 (série 4).

La constipation est opiniâtre, le ventre est tantôt souple, tantôt météorisé. Les selles sont assez fétides.

Les jours suivants, céphalalgie très intense, état d'excitation nerveuse très accentuée. Pouls entre 100 et 120, sans concordance avec la température, quelques frissons répétés ; les températures élevées ne durent guère plus de deux à trois heures. A chaque rémission, sueurs plus ou moins profuses. Le 15 mars, on trouve :

A 6 heures du matin	38°3.
A 9 heures du matin	37°4.
A midi	37°6.
A 3 heures du soir	36°9.
A 6 heures du soir	39°8.

Une consultation de médecins a lieu ; le diagnostic posé est : fièvre méditerranéenne.

Le 16, à la suite d'un accès de fièvre, apparition d'une *orché-épididymite gauche*. Le malade semble aller mieux depuis ce moment, au point de vue de l'état général. Les symptômes orchitiques n'atteignent pas les proportions de l'orchite blennorrhagique.

La température baisse les jours suivants, et le malade reste même quatre jours sans fièvre, mais avec un pouls fréquent.

Le 22, la fièvre revient avec tous les symptômes précédemment décrits, et même les troubles gastro-intestinaux s'accroissent.

Du 27 mars au 3 avril, amélioration très notable, l'appétit revient, le malade se lève et mange quelque chose. Le pouls était alors toujours fréquent.

Du 3 au 5 avril, rechute avec fièvre et retour des symptômes indiqués. On envoie le malade à la campagne, où

une amélioration nouvelle ne tarda pas à se produire au bout de quelques jours.

Le malade s'apprêtait à partir en voyage, lorsqu'il se déclara un gonflement très douloureux du genou droit, qui devint rouge et l'obligea à garder le repos. Après huit jours, cette arthrite disparaît, mais la fièvre reprend avec son cortège symptomatique habituel, mais cette fois beaucoup moins accentué. On décide d'envoyer le malade faire une cure d'altitude en Suisse, où il se trouve actuellement et où, paraît-il, il va tout à fait bien, après avoir gardé la maladie pendant 3 ou 4 mois.

^ OBSERVATION II

(Résumée)

Due à l'obligeance du docteur Narich, de Montarnaud

1907. — Au cours de la fièvre de Malte — séro-diagnostic positif, — vers le 3^e mois, le malade, 38 ans, éprouve brusquement des douleurs atroces survenant la nuit, dans le testicule droit. L'*épididyme seul* est tuméfié ; la tuméfaction est plus accentuée à la tête ; pas de bosselures ni de nodules d'induration ; en un mot : gonflement uniformément généralisé de l'épididyme, mais plus accentué vers la tête. Testicule intact et indolore ; pas d'épanchement vaginal. Durée : 25 jours. Pas de suppuration, ni d'atrophie postérieure.

Pas de blennorrhagie antérieure.

Cette fièvre a duré neuf mois et demi.

OBSERVATION III *

Résumée

Due à l'obligeance du docteur Lapeyre, de Fontainebleau

J..., jardinier, 40 ans, habitant un village de la Seine-et-Marne, présente une affection fébrile, débutant commencement juillet 1908, et finissant, après une série de rechutes de 8 à 15 jours, après 5 à 6 mois. Au début : fatigue, céphalée, langue sale, température variant entre 38°5 le matin et 39° le soir. Ensuite : rate légèrement hypertrophiée, grands maux de tête, 38° à 39°. Pas de taches rosées, pas d'épistaxis, ni de symptômes thoraciques, ni d'albuminurie. Etat général bon : pas de stupeur, ni d'abattement.

Pendant l'une des périodes fébriles, 5 à 6 semaines après le début de la maladie, apparition brusque d'une *orchite* pas très douloureuse ; épididymé, cordon et vaginale intacts ; pas d'épanchement appréciable. Cette orchite, traitée par des enveloppements ouatés, est guérie 8 à 10 jours après, sans suppuration, sans noyaux d'induration, ni atrophie consécutive. Pas de blennorrhagie antérieure.

Détails intéressants : La femme de ce malade confectionnait des fromages de chèvre, lesquelles chèvres étaient importées d'Espagne, de Suisse, d'Asie Mineure, d'Afrique et de Perse. Le malade lui-même s'était servi du fumier de ces animaux. Deux mois auparavant, ce troupeau

* Les observations portant un astérisque sont reproduites par nous, mais avec des détails que les auteurs ont bien voulu nous fournir au sujet de l'orchite.

de chèvres avait été décimé par une maladie que les vétérinaires avaient qualifié de *strongylose*.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance du docteur Arnal, de Tréviars

G..., agriculteur, 30 ans. Dans la même maison : deux frères méditerranéens ; troupeaux de chèvres ; poules ; brebis malades.

Début : septembre 1908.

Guéri : janvier 1909.

Très forte température au début, atteignant 41° le soir ; 38°5-39° le matin ; malgré cela, euphorie remarquable. Constipation ; aucun autre symptôme.

Pendant la convalescence, le malade étant déjà levé, *orchite* excessivement légère, ne durant que 4 jours.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance du docteur Arnal, de Tréviars

U..., domestique à Tréviars, 36 ans.

Léger éthylisme ; pas de blennorrhagie antérieure. Fièvre de Malte, avec sérodiagnostic positif, ayant débuté le 26 mai 1909 par céphalée, constipation, sueurs, abattement. Température variant entre 38 et 39° ; pouls ralenti, entre 60 et 80 pulsations par minute. La première période fébrile dura une quinzaine de jours ; après 4 à 5 jours de défervescence, renouvellement de la fièvre et de tout le tableau clinique.

Pas de taches rosées, pas d'épistaxis, pas d'albuminurie ; pas de douleurs. Cœur faible, caféine.

Un mois et demi après le début, au commencement de la troisième rechute, *orché-épididymite gauche* à début brusque, atrocement douloureuse. Ces douleurs s'irradient dans l'abdomen et ne durent que deux jours. Le testicule, ainsi que l'épididyme, sont uniformément tuméfiés ; pas de bosselures, pas de noyaux d'induration ; pas d'épanchement vaginal ; cordon légèrement enflé. Les phénomènes inflammatoires durent quinze jours ; le malade part pour la campagne, où l'orché-épididymite persiste encore, pendant une quinzaine de jours, revenant à son état normal, sans suppuration ni atrophie. Compression ouatée comme traitement.

OBSERVATION VI *

Résumée.

Due à l'obligeance des docteurs Manquat et Régnier, de Nice

X..., 64 ans, sujet italien, hérédité cardiopathique.

Antécédents personnels. — « Fièvre typhoïde et pétéchiale », à Naples, il y a 32 ans ; grippe avec congestion pulmonaire et érysipèle ; syphilis bien soignée ; bronchite suspecte ; pleurésie sèche de la base droite ; petite fistule anale opérée et guérie facilement.

X... présente, à partir du 17 mars 1909, de la fatigue générale, de la courbature, fièvre modérée ; tout semble rentrer dans l'ordre le 25 du même mois. Mais 5 jours après tout recommence pour ne finir que 13 mois plus tard, après un nombre considérable de « rechutes ». Pendant cette longue série d'ondulations : lassitude extrême, anorexie, pesanteur au niveau de l'estomac, digestion pénible, constipation opiniâtre, bouffées de chaleur, vertiges, bouche mauvaise, « amère comme du fiel ». Pas de toux, pas d'é-

pistaxis ; sommeil bon. *Facies* et *habitus* d'une personne normale. Pouls mou, dicrote, mais régulier et en concordance avec la température. Langue blanche, sale ; abdomen normal. Pas de taches rosées. Foie normal ; rate sensiblement hypertrophiée. Aucun symptôme thoracique. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Frissons, abondantes sueurs, hyperthermie, peu influencés par la quinine. Température tantôt oscillant entre 37 et 38°, tantôt atteignant 39°7 le soir.

Plus tard (du 8 au 15 mai) : nausées, douleurs sourdes dans la région hépatique. Langue mauvaise, salivation abondante et gommeuse ; vomissements bilieux ; urines rares, couleur acajou ; selles décolorées et fétides. Douleur à la pression au niveau de l'hypochondre droit. Pas d'ictère. Mois de juin : douleurs lancinantes dans le bras droit ; quelquefois à la nuque. Eruption pétéchiale sur les membres inférieurs.

Affaiblissement considérable, sensations de refroidissement, défaillances ; amaigrissement énorme ; myocarde faible, œdème des membres inférieurs, prurit au thorax. Douleurs lombaires et sacro-iliaques extrêmement intenses.

C'est après plusieurs mois de tous ces phénomènes variés qu'il se produit d'une façon plutôt insidieuse, le malade ne l'ayant déclaré qu'au bout de 3 ou 4 jours, une poussée *orchi-épididymaire à droite*, sans écoulement urétral. Le testicule et surtout l'épididyme sont le siège d'un gonflement et d'une violente douleur à la pression. Pas d'épanchement vaginal. Cette orchi-épididymite ne présente ni bosselures, ni noyaux d'induration. Le gonflement est uniforme, modéré, lisse, assez consistant. Au bout de quatre jours, ces phénomènes inflammatoires et douloureux s'atténuent, quoique lentement, et disparaissent au

commencement de janvier. Traitement : suspensoir Horand-Langlebert.

Plusieurs ondulations suivent cette complication et la fièvre ne tombe définitivement que vers le milieu du mois d'avril 1910. Guérison.

Durant cette maladie, plusieurs séro-diagnostics ont été faits ; en voici le résultat :

	18 mai 1900	23 juin 1909
Eberth.	faiblement +	faiblement +
Paratyph. A. . .	très — +	—
Paratyph. B. . .	—	—
M. Melitensis . .		très franchement +

OBSERVATION VII *

(Résumée)

Lagriffoul et Roger, communiquée par le docteur Challiès, de Vias

Homme de 30 ans, au cours d'une petite épidémie, probablement maltaise, fait une série de poussées fébriles qui débutent en 1909, par douleurs dans la nuque. Embarras gastrique, splénomégalie. Sueurs peu marquées. Au déclin, en septembre de la même année, ce malade présente une double orché-épididymite qui prend un testicule après l'autre ; orché-épididymite douloureuse, sans épanchement ; cordon normal, durant une quinzaine de jours et guérissant sans laisser d'atrophie.

Plus tard : arthrites coxo-fémorale droite, chondro-sternale des deuxième et troisième côtes. Troubles cardiaques.

Pas d'albumine ; pas de blennorrhagie antérieure. Wright positif.

OBSERVATION VIII

(Résumée)

VI^e obs. de Ant. Fouquet

31 ans, pas de maladies vénériennes ; éthylisme assez net. Malade depuis trois mois et demi, 40° et deux épistaxis. Entre à l'hôpital de Marseille le 30 mai 1909 dans un état général grave. Langue saburrale, anorexie marquée ; pas de taches rosées ; constipation légère ; foie légèrement augmenté, ainsi que la rate ; un peu de submatité aux bases et très fins sous-crépitaux aux mêmes régions. Pas d'albumine. La courbe thermique semble affirmer l'existence de plusieurs rechutes d'une même maladie ou une affection cyclique.

Deux complications : 1° retour des symptômes premiers survenus après un essai d'alimentation ; 2° « Pendant la convalescence actuelle une *orchite gauche*, qui a débuté par une épididymite totale. A ce moment, le malade n'a plus guère de fièvre et l'alimentation est recommencée. »

Deux séro-diagnostic de Widal, négatifs. Un séro de Wright, positif.

OBSERVATION IX

(Résumée)

Due à l'obligeance du docteur Narich, communiquée par le docteur H. Roger

Homme de 37 ans, bien portant ; aucune maladie antérieure ; grand buveur de vin, habitant, à Argelliers, une maison très spacieuse ; pas de chèvres dans la maison ;

un cheval seulement (écurie située sous la maison) ; lapins et poules dans une cour.

Début : 10 avril 1909. Température matinale de 38°, vespérale atteignant souvent 39°5, avec deux maxima : l'un à 2 heures de l'après-midi, l'autre vers 11 heures du soir.

Au cours de cette maladie, laquelle a duré du 10 avril au 30 novembre, on a relevé deux rémissions quasi-totales des températures (37°2 le soir) : la première de 6 jours, de 8 jours la seconde. Reprises consécutives.

Asthénie très appréciable ; pas de constipation, pas de diarrhée ; pas de selles fétides ; quelques vomissements bilieux au début ; pas de point douloureux au creux épigastrique ; sueurs profuses ne se produisant qu'après administration de pyramidon. Léger foyer de congestion au niveau du sommet gauche ; cœur normal, pouls bon, variant entre 90 et 120 le soir, pas de dicrotisme. Rate normale ; foie dépassant les fausses côtes de 2 doigts. Pas d'épistaxis, pas de taches rosées. Pas d'albumine.

Au mois de juin survient une *épididymite gauche* très douloureuse. Le début de cette complication est insidieux, mettant 4 à 5 jours pour évoluer. Epididyme régulier, sans bosselures, ni noyaux d'induration, mais d'un volume considérable. Rien du côté du cordon. Elle dure une quinzaine de jours et ne laisse pas d'atrophie. Pas de blennorrhagie antérieure.

Le 16 août, sciatique classique gauche. Points de Valleix et signe classique de Lasègue. Durée : 1 mois. Convalescence longue et difficile ; pas de chute de cheveux ; desquamation de la face palmaire des mains.

Ce sujet n'a jamais bu aucun lait, mais mangeait du fromage blanc de chèvre. Séro-diagnostic de Wright positif.

Aujourd'hui, complètement remis, fait régulièrement son travail de charretier entre Argelliers et Montpellier.

OBSERVATION X

(Personnelle)

Orchi-épididymite déférentite droite survenue vers la convalescence

L. P..., 27 ans, agriculteur dans un village de l'Hérault.

Antécédents héréditaires. — Père en bonne santé, mère rhumatisante.

Antécédents collatéraux. — Une sœur en bonne santé ; cinq frères morts de « cholérine » en bas-âge ; un frère mort bacillaire à 23 ans.

Antécédents personnels. — Rougeole à 7 ans ; bronchite (?) à 20 ans, ayant duré un mois environ ; se plaint souvent de « mal aux reins ».

Nous sommes appelé le 20 juillet 1909 pour la première fois. Le malade est de petite taille, mais de constitution normale, bien musclé, très brun. Il est alité depuis le 18, jour où il prétend avoir, après une longue promenade, pris froid. Cependant, il « ne se sentait pas bien » depuis quelques jours déjà. Il se plaint surtout de courbature générale et de quelques douleurs localisées plus fortes. Il est constipé depuis 3 jours et n'a aucun goût de prendre.

Sa figure est rouge, congestionnée ; langue saburrale ; 39°5, température axillaire ; 110 pulsations. Rien d'anormal à aucun organe, si ce n'est une certaine dureté du ventre. Le malade sue légèrement. Nous conseillons une purgation (eau de Janos), du salicylate de soude à doses décroissantes, et recommandons de prendre régulièrement la température. Comme alimentation : lait et bouillons maigres.

Le 22 *juillet*, le salicylate n'a encore produit aucun effet. Le malade sue abondamment ; céphalée très pénible ; foie légèrement hypertrophié et un peu douloureux à la pression. La température varie entre 38 et 39° ; diarrhée, depuis la purgation, qui persistera, abondante, pendant une quinzaine de jours (1). Crampes dans les membres inférieurs. Albumine, 0,30 centigrammes par litre. L'albuminurie persistera, malgré le régime lacté, pendant très longtemps en variant entre 0,40 et 0,20 centigrammes par litre. Rate normale, pas de taches rosées, pas d'épistaxis.

27 *juillet*. — Les douleurs ont presque complètement disparu ; il persiste néanmoins un peu de céphalée ; sueurs profuses. La température oscille entre 37,8 et 38,5. Pouls régulier, plein, mais plutôt ralenti par rapport à l'hyperthermie. Légère congestion des deux bases, plus accentuée à droite.

Le 2 *août*, le malade prétend être guéri ; il ne souffre plus ; la température est à 36,5 ; mais il est affaibli et amaigri. Nous n'avons toujours pas fait de diagnostic ferme.

Tout à l'air de rentrer dans l'ordre ; il n'y a que l'albumine qui nous empêche de remettre le malade à une alimentation plus riche, lorsque :

Le 12 *août*, la fièvre revient (38°3), et le malade présente tous les symptômes d'un abcès péri-amygdalien (2) :

(1) Nous avons remarqué, dans d'autres cas encore, que souvent la purgation au début d'une fièvre infectieuse produit l'effet regrettable de causer une longue et fatigante diarrhée, sans parler des cas où elle est cause d'une hémorragie intestinale.

(2) Nous venions la même semaine, d'inciser par voie buccale deux abcès péri-amygdaliens qui avaient présenté les mêmes symptômes.

dysphagie intense, trismus, nasonnement, salivation abondante, courbature ; mais à l'inspection, pénible naturellement, on ne voit que de la rougeur de la paroi pharyngienne. Il y a toujours de l'albumine, à laquelle s'ajoutent l'anorexie et la constipation en remplacement de la diarrhée.

Le 17 août, le malade, après quelques badigeonnages à un collutoire boraté et des gargarismes antiseptiques, se sent de nouveau « guéri ». Défervescence.

30 août. — Même état ; très légère hyperthermie (37,2-37,3), anorexie, asthénie. L'albumine a presque disparu. Nous ordonnons des toniques : kola, quinquina.

Le 10 septembre, on nous fait venir d'urgence. Le malade, lequel semblait être en pleine convalescence et qui n'était pas encore sorti, ne s'est pas levé ce jour-là. La fièvre l'a repris la nuit : 39,7 et les parties lui font horriblement mal. Il est maigre, pâle, anxieux ; son pouls est à 124. La jambe droite est fléchie, en abduction et en rotation externe. Sur la face interne de la cuisse correspondante repose un *testicule* gros comme un gros œuf, tendu, extrêmement douloureux à la pression. L'épididyme est régulièrement et totalement hypertrophié ; cependant, la queue en est plus dure que la tête ; quant au cordon, il est de la grosseur d'un doigt moyen et, lui aussi, douloureux à la pression. On ne perçoit ni épanchement dans la tunique, ni fluctuation, mais les bourses paraissent œdématiées. Aucun écoulement urétral ; le malade n'a subi aucun traumatisme et urine normalement. Pommade mercurielle (il n'y a plus d'albuminurie), et cataplasmes.

14 septembre. — La température est moins élevée (38°5-39°), le malade moins anxieux, mais la douleur est toujours exquise. Des applications de glace produisent en 24 heures une amélioration considérable.

Le 18 *septembre*, la douleur a complètement disparu ainsi que la fièvre ; le testicule est moins tendu, mais toujours plus gros que normalement ; l'épididyme et le cordon ont diminué très sensiblement.

Le 29 *septembre*, nouvelle « guérison ». Le testicule est revenu à son état normal. Pas d'induration. Le malade recommence à s'alimenter.

Une nouvelle hyperthermie, mais très légère (37°-37,5) survient le 11 octobre ; elle dure 4 à 5 jours et disparaît pour ne plus revenir. Nouvelle période de légère albuminurie. Le malade ne souffre plus de rien, mais le 28 octobre, lorsque nous l'examinons pour la dernière fois, il se sent toujours sans forces, sans « courage ».

Nous venons de revoir ce malade. Quelques semaines après notre dernière visite, il a présenté des douleurs variées comme intensité et comme siège : Epaule droite, coude droit, douleurs lombaires ; douleurs musculaires dans la région antérieure des cuisses.

Pas de desquamation ; pas de chute des cheveux. Le patient est complètement remis et s'occupe.

OBSERVATION XI

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Leenhardt

Fièvre de Malte. — Orchite. — Guérison

M. R..., demeurant à Montpellier, entrepreneur de transports, 39 ans, est atteint depuis une dizaine de jours de malaises généraux, douleurs vagues dans les membres et les reins, mal de tête, abattement. Incapable de travailler depuis ce moment, il a même été contraint de garder le lit depuis 3 jours.

Antécédents personnels. — Excellents, n'a jamais été

malade. Pas d'éthylisme. Homme fort et robuste. Pas de blennorrhagie antérieure.

Antécédents héréditaires. — Bons. Père et mère bien portants. Un frère bien portant. Marié. Pas d'enfants.

La maladie actuelle a débuté incidemment par les phénomènes déjà signalés. En outre, en interrogeant le malade, il déclare qu'il n'a plus d'appétit et que depuis 8 jours, il ne prend que du lait et du bouillon ; il ne vomit pas, mais est très constipé ; il urine bien, ne tousse pas. En résumé, aucune douleur locale, sensation de brisement général, de courbature, mal à la tête, perte de l'appétit, constipation.

Examen le 15 novembre 1909. — Malade, allongé dans son lit, abattu, répondant lentement et difficilement aux questions qu'on lui pose. Les divers appareils examinés tour à tour ne présentent aucune modification de l'état normal. Respiration normale. — Cœur, Bruits normaux bien que légèrement accélérés. Pouls à 96. Langue saburrale, recouverte d'un épais enduit blanc verdâtre. Abdomen souple, ne gargouillant pas, pas de taches rosées. Foie et rate normaux. Urines normales, Système nerveux normal. Réflexes normaux. Pupilles normales. Examen de la gorge normal. Température, 38°5.

Diagnostic. — En récapitulant les résultats de cet examen, on est étonné, alors que tout portait à croire, en interrogeant le malade, qu'il était atteint de fièvre typhoïde, de ne trouver aucun symptôme précis de cette maladie. Le diagnostic reste donc en suspens. Le malade reste donc au lit, au lait, pyramidon et petites prises répétées de sulfate de soude contre la constipation.

16 novembre. — Même situation. T. m., 38°2 ; soir, 39°4.

Du 17 novembre au 25 novembre. — Les phénomènes sont restés les mêmes ; les manifestations douloureuses

erratiques ont cédé, le malade se sent moins anéanti, la langue est toujours très sale, la constipation ne cède qu'à des lavements.

Du 25 novembre au 5 décembre, la situation reste encore sensiblement stationnaire. Le malade se plaint de beaucoup transpirer. La constipation est un peu moins opiniâtre et l'état général un peu meilleur. A l'examen détaillé de tous les organes, on ne constate aucune modification de l'état normal. La température baisse un peu.

Du 5 décembre au 20 décembre, l'amélioration s'est accentuée, la fièvre a presque disparu, le malade se sent mieux, demande à se lever et à manger. Les transpirations persistent intenses, la nuit surtout, et siégeant surtout à la face et à la nuque.

À partir du 27 décembre, le malade se sent tellement mieux qu'il ne prend plus sa température, se lève, mange un peu. Il ne se plaint encore que d'une chose, c'est le manque de force et d'entrain, il peut à peine marcher ; il a beaucoup maigri ; la constipation persiste moins intense. Pendant toute cette période, le diagnostic porté a été celui de fièvre muqueuse.

15 janvier. — Depuis trois jours, le malade qui se sentait de mieux en mieux depuis le 1^{er} janvier a été repris de malaises généraux, sueurs, abattement, fièvre (38°,8).

On le retrouve dans la même situation qu'il y a deux mois : même absence de symptômes.

Tous ces phénomènes persistent *jusqu'au 27 janvier*. A ce moment, l'amélioration se produit. Chute de température, amélioration de l'état général : reprise de l'alimentation le 4 février.

Du 4 février au 18 février, le malade, quoique levé et relativement bien portant, n'a pas retrouvé sa santé habituelle ; il est constamment fatigué ; il peut à peine se

promener quelques instants dans sa chambre ou autour de sa maison. La température prise de temps en temps ne dépasse pas 37°.

Le 20 février, en cherchant à déplacer un objet un peu lourd, il est pris d'une *violente douleur dans le scrotum* du côté gauche, douleur vive, lancinante, qui le force à se mettre au lit.

21 février. — Le scrotum est rouge, gros, douloureux au moindre contact. A un examen plus détaillé, on constate que le testicule gauche est douloureux à la pression et fortement augmenté de volume — des dimensions d'un œuf — d'une façon uniforme, sans bosselures, ni noyaux ; l'épididyme participe à l'inflammation ; cordon normal, pas d'épanchement vaginal apparent.

Depuis hier soir, la température est remontée (38°,4) ; la langue, qui ne s'était jamais complètement nettoyée, est de nouveau fortement saburrale ; le malade est d'autant plus abattu qu'il souffre vivement de son testicule gauche.

Du 21 février au 18 mars, évolue une orchite nettement caractérisée. Les phénomènes douloureux ont cédé à des pansements humides chauds, au bout de huit jours. Le testicule reste gros et douloureux à la pression jusqu'au 15 mars. Une légère température irrégulière persiste pendant tout ce temps, accompagnant un état général défectueux, sueurs profuses chaque nuit, perte d'appétit, constipation.

Le 20 mars. — Le séro-diagnostic pratiqué par M. Lagrifoul vient confirmer le diagnostic de fièvre de Malte par un résultat très positif, et négatif pour l'Eberth.

Jusqu'au 31 mars la température persiste légèrement : le testicule, diminué de volume, n'est plus douloureux, mais reste encore hypertrophié.

Revu le 30 avril, le malade n'a plus présenté de rechutes.

La température ne s'est plus élevée au-dessus de 37°, mais jusqu'au 20 avril, l'état général est resté encore défectueux, manque d'appétit et pas de forces. Depuis une dizaine de jours, une amélioration notable dans ces symptômes. Le testicule est complètement revenu à l'état normal.

30 mai. — Pendant le mois de mai, les forces du malade sont bien revenues, l'appétit également. Le 20 mai il a pu reprendre partiellement son travail.

30 juin. — Revu une dernière fois, la guérison paraît complète : le malade ne se plaint plus de rien ; il a repris son travail et se retrouve comme autrefois. Pas d'atrophie testiculaire.

En résumé, fièvre de Malte caractérisée par trois rechûtes successives. Orchite au moment de la troisième rechûte. Guérison complète apparente depuis trois mois. Séro de Wright positif.

OBSERVATION XII

(Résumé)

X^e obs. de Antoine Fouquet

C. Fr., 17 ans, novice, habitant l'Algérie depuis son jeune âge, entre à l'hôpital de Marseille, le 31 mars 1910 pour une maladie débutée vers le 15 du même mois, par un mal de gorge, dysphagie, et suivie, quelques jours après, de fièvre, anorexie, soif ardente, courbature générale, insomnie, diarrhée légère. A son entrée à l'hôpital, on trouve 39°6, langue saburrale, rate grosse, sensible à la pression ; foie normal, pas de taches rosées. Séro de Widal négatif.

Evolution irrégulière de la fièvre, tantôt se maintenant à 37°, tantôt oscillant entre 38 et 39°. Sueurs assez abondan-

tes, et elles-mêmes, irrégulières. *Séro de Wright négatif*. Nouvelle série d'ondulations thermiques avec sommets au-dessus de 38°. Nouveau séro de Wright, cette fois-ci positif au 30° et au 50°. Douleurs myalgiques, céphalée, desquamation furfuracée.

Le 2 mai, la température retombe à 37°2. « A ce moment-là, une imprudence du malade, qui mange gloutonnement une certaine quantité de viande, paraît être la cause d'une rechute. La température remonte progressivement les jours suivants jusqu'à 40°, la langue devient saburrale à nouveau, le pouls, nettement dicrote, s'accélère (112) ; une *épididymite* très douloureuse fait son apparition, ainsi qu'une arthralgie sacro-iliaque. Ces complications durent peu.

Le malade est encore en cours de traitement au début du mois de juin.

Cette observation donne lieu à une discussion qui n'est pas sans importance. La « rechute » du 2 mai en est-elle une et peut-on l'attribuer à l'alimentation, ou bien est-ce tout simplement une nouvelle période d'hyperthermie qui se serait aussi bien produite, si le malade n'avait point mangé. Suivant le cas, l'*épididymite* serait survenue au cours de la convalescence ou en pleine fièvre méditerranéenne.

OBSERVATION XIII

(Résumée)

Due à l'obligeance de M. le docteur Narich, de Montarnaud

P..., 25 ans. Fièvre de Malte — séro-diagnostic positif — remontant au mois de mai ; a repris son travail fin juin, lorsque le 28 juin, le matin, au travail, il ressentit une dou-

leur brusque dans les bourses. Le malade continue à travailler pendant 3 jours, après quoi, le gonflement grossissant, il vient trouver le docteur Narich, qui constate ceci : testicule droit du volume d'un gros œuf de canard ; épidi-dyme aussi tuméfié que le testicule. Pas d'indurations, ni de bosselures ; pas d'épanchement vaginal. Cordon indolore. Douleurs modérées.

Blennorrhagie guérie remontant à un an et demi.

Le malade est encore en traitement au moment où le docteur Narich veut bien nous en communiquer l'observation résumée (5 juillet 1910).

OBSERVATION XIV

Résumée

Due à l'obligeance du docteur Narich, de Montarnaud

R..., 32 ans. Vers le troisième mois d'une fièvre de Malte avec séro-diagnostic positif. Rien du côté du testicule. Seul, *le cordon* présente à la moindre pression une grande sensibilité. Il paraît légèrement tuméfié et gêne la marche.

En traitement encore le 5 juillet 1910.

OBSERVATION XV

Due à l'obligeance du docteur Arnal, de Trévières

Début, il y a un mois. Huit jours de température entre 38 et 39 ; depuis, 37,3-37,4 chaque soir. Constipation, selles glaireuses ; asthénie ; aucune complication. Avant de se mettre au lit, il a ressenti — ce n'est que maintenant, après le lui avoir demandé, qu'il m'en parle — il a ressenti des douleurs légères dans les deux testicules pendant 4 ou 5 jours ; depuis, aucune trace. En traitement.

OBSERVATION XVI

Due à l'obligeance du docteur H. Roger, chef de clinique médicale

Sal... François, 21 ans, colporteur, domicilié à Montpellier, entre le 21 février 1910 à l'hôpital Suburbain, dans le service du professeur Raugier, salle Fouquet, n° 29.

Ce sujet est malade depuis trois semaines, et est alité depuis 15 jours : le début a été progressif et son état a toujours été assez analogue à celui qu'il présente actuellement ; seule, la longue durée de l'infection l'a engagé à entrer à l'hôpital.

Etat à l'entrée. — Appétit diminué, pas de vomissements ; constipation assez intense ; pas de douleurs abdominales. Insomnie ; pas de céphalée, pas de sueurs. Urines normales ; pas d'albumine. Toux fréquente depuis le début avec quelques crachats muco-purulents. Pas d'épistaxis. Pas de douleurs articulaires.

Température rectale : 40° matin et soir. Pouls, 76.

Le malade, malgré sa température, n'est pas du tout dans le typhos. Il est d'une euphorie particulièrement marquée. A la plupart de nos questions il répond par la négative. Il ne souffre de rien et sans la fièvre ne se sentirait pas malade.

La langue est humide. Le ventre est légèrement ballonné. Il n'y a pas de douleurs, ni de gargouillements dans les fosses iliaques : le creux épigastrique présente une sensibilité particulière. Le foie est de volume normal ; la rate est un peu grosse, mais indolore.

Pas de taches rosées ; quelques sudamina thoraciques. (Il ne faut donc pas trop se fier aux réponses du malade, qui disait ne point suer.)

Souffle cardiaque mésosystolique, assez rude, en plein ventricule. Tension artérielle : 15 au sphygmomanomètre Potain. Rudesse respiratoire et quelques râles de bronchite légère et diffuse.

Diagnostic. — Dothiénentérie ou fièvre de Malte. La séro-réaction de Wright est positive ; celle d'Eberth négative.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure, pas d'éthylisme.

Un mois et demi avant le début de la maladie, Sal... travaillait à une campagne de la commune de Pérols, dont deux autres domestiques ont été atteints de fièvre de Malte (séro-réaction de Wright +) : l'un de ces cas a même pu être vérifié à l'autopsie (1).

Notre malade dit n'avoir consommé ni du lait, ni du fromage de brebis ou de chèvre, mais il couchait dans cette campagne, au-dessus du troupeau.

Traitement : bains.

25 février. — Constipation persistante ; sueurs assez abondantes. Euphorie. Température : 39,2.

1^{er} mars. — Sueurs ; desquamation légère au thorax et aux membres inférieurs. Pas de taches rosées. Quelques crachats hémoptoïques ; pas de bacilles de Koch dans les crachats. Diplocoque et cocci.

3 mars. — Crachats toujours sanguinolents. Pas de localisation au sommet. Asthénie et ralentissement cardiaque. Pouls à 46. Température : 38°.

15 mars. — Le malade, toujours euphorique, ne se plaint de rien. Sueurs abondantes la nuit. Les crachats ne sont plus sanguinolents.

(1) Carrien, Lagriffoul et Bousquet. Les lésions anatomo-pathologiques de la fièvre de Malte. Soc. de Biologie, 1910.

27 mars. — Ascension thermique, nécessitant la reprise des bains. Sueurs. Desquamation furfuracée. Constipation. Foie et rate un peu douloureux à la pression.

8 avril. — Douleur au creux poplité, gênant les mouvements de l'articulation. Quelques craquements quand on essaie de mobiliser l'articulation. Arthrite coxo-fémorale gauche légère. Température a baissé.

15 avril. — Le malade présente un peu de douleur et de gonflement dans le testicule droit, puis dans le testicule gauche, pendant quelques jours. Cette *orchi-épididymite* est remarquable par son peu d'intensité. Le malade n'attire pas l'attention sur elle. Ce n'est que par l'examen complet qu'on la découvre. Cordon normal ; pas d'épanchement vaginal.

Arthrite de l'articulation coxo-fémorale droite, très douloureuse, empêchant tout mouvement, surtout l'adduction et l'abduction.

20 avril. — Arthrite du genou droit.

30 avril. — Appétit irrégulier ; constipation (le malade ne va du corps que par lavement). Langue propre. Sueurs nocturnes ; toux assez fréquente ; quelques râles de bronchite.

Les douleurs articulaires ont complètement rétrocedé et les articulations sont très mobiles. A la pression du testicule gauche, on sent encore une légère augmentation de volume, et le testicule est un peu douloureux.

Les phénomènes inflammatoires de cette *orchi-épididymite* durent une vingtaine de jours, mais l'augmentation de volume persiste encore à la sortie de l'hôpital, qui a lieu en juin.

SYMPTOMATOLOGIE

Un Méditerranéen, généralement assez avancé dans sa maladie, parfois en pleine convalescence, est réveillée dans la nuit par une forte douleur dans les « parties » ; il y porte la main et découvre un testicule tuméfié et très douloureux à la pression. Voilà, en deux mots, le tableau *habituel* du début.

Mais ce schéma est loin d'être la règle. La fièvre de Malte, « folle », capricieuse au point de vue symptomatologie générale, l'est aussi au sujet de l'orchite. Nous y trouvons toutes les formes et toutes les variétés possibles.

Aussi, afin d'en faciliter la description, examinerons-nous chaque élément séparément.

Mais avant d'aborder la symptomatologie proprement dite, nous voulons élucider la question de la fréquence.

Généralement, les auteurs donnent un chiffre inférieur à la réalité ; que ce soit par manque d'un examen plus détaillé, ou à cause de la légèreté de la forme, ou pour d'autres raisons inconnues, toujours est-il que, de plus en plus, la fréquence de l'orchite qui nous occupe, augmente.

Hugues la croyait très rare ; Hayat, plus récemment, tout en admettant que le premier était au-dessous de la vérité, place l'orchite parmi « les accidents rares qui sem-

blent dus à une localisation de l'infection sur des organes qu'elle n'atteint pas ordinairement ».

Rousseau-Langwelt l'admet dans les proportions de 4 à 5 p. 100. Manquat et Pégurier la considèrent encore comme une complication rare.

Cependant, Ollivier, qui comme nous l'avons montré, confond dans la même classe l'orchite maltaise et l'orchite typhoïdique, prévoit déjà que plus tard la rareté de cette orchite deviendra une légende ; il en sera, d'après lui, comme de la *phlegmatia alba dolens*, laquelle, une fois bien connue, devint plus fréquente. Duffey, Wurtz, Georgiade, Sicard et Luccas, Lapeyre, Cantaloube, Challiès, Narich, etc., la prétendent, au contraire, fréquente. Pour Georgiade, ce n'est plus une complication, mais un symptôme caractéristique de la maladie. C'est aussi l'avis de Cantaloube, auquel ne vint d'ailleurs l'idée de fièvre de Malte que grâce à l'orchite. Il est indéniable que l'orchite est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait et que certains auteurs ne le croient encore.

Nous allons donc maintenant examiner séparément chaque élément de ce phénomène morbide.

Date de l'apparition. — Nous avons déjà dit que rien n'est plus variable. S'il s'agissait de faire une classification basée sur cet élément, on pourrait distinguer des orchites *initiales, du début, en pleine affection, tardives, de la convalescence*. On a habitude de dire que l'orchite maltaise fait son apparition à la convalescence. A la convalescence, non ; durant l'affection, souvent ; et encore un nombre assez considérable de cas est-il loin de suivre cette règle. Les trois cas initiaux de Cantaloube ; un cas de début de Arnal (inédit), deux cas d'Ellis et d'autres. En consultant le tableau de 43 observations que nous y avons

résumées, on peut se rendre compte que les orchites de la convalescence ne sont guère fréquentes.

Orchites du début : 6 ; du premier mois : 6 ; entre le premier et le quatrième mois : 29. Il semblerait donc que l'orchite maltaise apparait le plus souvent en pleine affection fébrile.

Début, très souvent brusque, surtout, naturellement, dans les formes bien douloureuses. Cantaloube n'en parle point. Nous croyons cependant qu'il s'agit là d'un fait très fréquent. Nous avons déjà eu cette impression en analysant quelques observations françaises qui figurent dans notre travail. L'étude de Duffey ne put être qu'un appui dans cette voie. « L'attaque (dans les 18 cas de Duffey) était si soudaine qu'il n'était pas rare, en faisant la visite, d'entendre les convalescents fiévreux qui auparavant se plaignaient de douleurs dans la hanche, l'aîne ou la jambe, se plaindre du testicule, devenu gonflé et douloureux pendant la nuit ». Challiès aussi l'a presque toujours vu brusque. Ajoutons cependant que le début peut être insidieux, mettre plusieurs jours avant de devenir douloureux ; ce début se voit surtout dans les formes légères, subaiguës.

Douleurs. — Toute la gamme de la sensibilité humaine s'y voit. De la douleur atroce, désolante, affolante, jusqu'à la sensation à peine perceptible, dont le malade ne vous parle que si vous le lui demandez, en passant par les douleurs vives, avec irradiations dans l'abdomen, dans la région de l'aîne, vers les reins, les douleurs légères, passagères, supportables, tout se rencontre dans cette orchite. Ces douleurs sont souvent spontanées, aussi bien que provoquées. Le malade de notre observation personnelle « souffrait le martyr » ; celui de Roger est remarquable par le peu d'intensité des douleurs. Un malade de Canta-

loubé (observ. XXXIV) n'a qu'une légère douleur en toussant, sans tuméfaction aucune ; il ne figure pas sur notre tableau.

Les malades d'Ellis et de Duffey souffraient d'une façon intense, et c'est le cas, il faut le reconnaître, de la majorité. En dehors de la douleur, viennent s'ajouter des sensations de chaleur, de pesanteur, de tiraillements, etc.

Tuméfaction. — Toujours la même variation. Rarement nulle, la tuméfaction atteint souvent les dimensions d'un gros œuf et va parfois jusqu'à celles d'une tête d'enfant. Il est évident que ces dimensions dépendent des organes tuméfiés et de l'épanchement vaginal. Ceci nous amène à aborder le paragraphe des localisations.

Localisations. — De toutes les statistiques, il se dégage nettement la notion suivante : la fièvre de Malte est *orchitophile*. C'est au testicule lui-même qu'elle s'attaque le plus souvent et en premier lieu. Ellis, en 1881, avait déjà remarqué qu'alors même qu'il y avait orché-épididymite, l'inflammation de l'épididyme n'était venue qu'après l'orchite. Sur les 43 observations qui figurent sur notre tableau, 4 seulement sont des *épididymites* pures ; une fois (observ. XIII, de Narich), nous trouvons de la déférentite. Au contraire, l'orchite simple est aussi fréquente que l'orché-épididymite. Celle-ci est d'ailleurs la forme la plus fréquente. Cette orché-épididymite se présente assez souvent d'une façon uniforme ; d'autres fois cependant, on y perçoit des bosselures, des noyaux d'induration, soit dans la queue (obs. personnelle), soit dans la tête de l'épididyme (plusieurs cas de l'antaloûbe). D'après Duffey, « l'épididyme se prend en dehors et en arrière du testicule. »

La déférentite est moins fréquente et généralement moins douloureuse.

L'épanchement vaginal est indiqué chez Duffey comme une règle générale ; Ellis ne le trouve qu'une fois sur 4 cas observés ; Cantaloube cite un cas d'épanchement net et 3 autres de léger épanchement ; en somme, en dehors de l'épidémie de Duffey, l'hydrocèle semble être rare. Cela n'est point fait pour nous surprendre ; les hydarthroses maltaises sont très rares ; plus rare encore est la pleurésie. Rappelons ici le cas de ce malade, qui vit son ancienne hydrocèle de six ans se résoudre spontanément à l'occasion de la fièvre de Malte (Cantaloube).

Deux mots seulement au sujet du scrotum : il est parfois œdématisé, et le docteur Cantaloube nous fait remarquer qu'il l'a souvent trouvé pâteux, suant.

La suppuration est rare, très rare même, mais nous devons signaler non seulement l'erreur de Rousseau-Lanwelt, prétendant que l'orchite maltaise « ne se termine jamais par la suppuration », mais encore celle de Cantaloube, qui prétend la signaler pour la première fois. C'est encore Duffey qui en donna le premier cas. « Dans un seul cas, celui d'un sergent délicat et cachectique (de l'île de Malte), un abcès du testicule s'ensuivit. » Le Dr Challiès (de Vias) nous en cite un autre cas. Mais voici sa propre lettre : « Dans un cas, j'ai constaté un abcès de la tête de l'épididyme. Ce malade eut une induration du sommet droit (phtisie méditerranéenne) et je pensai à la granulie. Mais l'abcès de l'épididyme, bien que traité par ponction aspiratrice et injection de glycérine iodoformée au 1/10, se fistulisa, ce qui ne l'empêcha pas de guérir rapidement ; mais il en résulta une atrophie du testicule correspondant. De l'induration du sommet, il ne resta rien après quelques mois de soins, l'évolution de la fièvre méditerranéenne terminée ».

L'atrophie, elle aussi, est rare et, en tout cas, plutôt

passagère. Nous venons de citer le cas de Challiès ; Cantaloube a remarqué quelques cas de légère atrophie. — On peut rattacher ici l'observation de Duffey concernant un soldat de 40 ans rhumatisant, chez lequel il y eut consécutivement tendance au varicocèle.

Côté. — Tous les auteurs prétendent que l'orchite se trouve plus souvent à droite qu'à gauche ; ils prétendent aussi qu'elle est rarement bilatérale. La première assertion est aussi inexacte qu la seconde.

Voici des chiffres éloquentes :

Duffey.	7 dr.	5 g.	6 bilat.
Cantaloube	8	8	11
Obs. publiées par nous.	4	5	3
En tout. . .	19	18	20

On peut donc dire *grosso-modo* qu'un tiers se produit à droite, un tiers à gauche, un autre tiers des deux côtés, soit simultanément, soit successivement. Dans ce dernier mode de formation — et c'est le plus fréquent — on peut encore dénommer l'orchite récidivante. Il est vrai que la rechûte peut, dans certains cas, se produire du même côté ; l'intervalle est alors plus long (2 à 7 mois) ; il n'a été que de 8 à 15 jours dans la récidiye hétérolatérale (Cantaloube).

Parmi les *autres phénomènes*, très rares, qui accompagnent cette orchite, il faut citer la spermatorrhée (Cantaloube) et la spermatorrhagie (Gillot, Cantaloube).

Que devient l'*état général* dans cet épiphénomène ? Généralement, vous avez laissé votre malade dans de bonnes conditions, tantôt dans une de ses périodes apyrétiques, tantôt en pleine convalescence *apparente*, lorsque vous êtes appelé d'urgence par une famille inquiète, qui vous

présente un malade de nouveau amaigri, fiévreux (souvent 39°, 39°5), souffrant de malaises, de courbature, d'insomnie. Si vous êtes pas prévenu, vous pensez à une rechute : si vous avez fait le diagnostic de tuberculose, vous pensez à une orchite bacillaire. D'autres fois, c'est une légère aggravation qui se produit. Cassuto, enfin, cite une amélioration de l'état général à l'occasion de l'orchite. Faut-il rapprocher ce fait de celui que cite Duffey, à savoir que « les fiévreux exempts d'orchite accusèrent des douleurs déchirantes dans l'aîne ou dans la cuisse » ?

Marche et durée. — Heureusement que tout ce tableau dramatique s'estompe petit à petit. Deux, trois, quatre jours de douleurs vives et l'état aigu fait place à un état subaigu. Ces douleurs, plus légères, persistent généralement pendant une dizaine de jours ; c'est le tour de la tuméfaction indolore, qui dure encore autant. On peut en moyenne fixer toute son évolution à 10 ou 20 jours. Toutes les durées intermédiaires sont possibles. Des cas qui n'ont en tout duré que 2 ou 3 jours se rencontrent aussi bien que ceux de 6 semaines ou 2 mois ; on voit même parfois des cas plus longs, mais aussi plus graves.

Nous pensons qu'aucune classification n'est possible, ni utile. Au point de vue auquel on se place, on pourrait distinguer une orchite :

Initiale, du début, tardive, de la convalescence ; suraiguë, subaiguë, insignifiante ; orchite proprement dite, orchite-épididymite, orchite-épididymi-déférentite, vaginalite, etc. Sèche, avec épanchement, suppurée. Simple, compliquée, atrophique, etc.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nous venons de faire une étude analytique de la symptomatologie. Ce chapitre exige, au contraire, une synthèse de ces mêmes symptômes. Aussi ne tracerons-nous ici que le tableau du type classique.

Si le diagnostic de fièvre de Malte est fait, l'orchite sera facilement reconnue. Nous supposons donc que ce diagnostic n'a pas été fait.

Orchite, souvent orché-épididymite, survenant brusquement, sans urétrite, douleurs intenses spontanées, exagérées par le mouvement et le toucher, tuméfaction régulière, parfois induration de la tête de l'épididyme, épanchement peu fréquent et en petite quantité, très rarement suppurée et causant rarement de l'atrophie. Uni ou bilatérale, ramène les phénomènes morbides de l'affection générale et évolue régulièrement et spontanément vers la guérison.

Il s'agit de la différencier de l'orchite blennorrhagique, ourlienne, varioleuse, rhumatismale, typhoïde et tuberculeuse. Quant aux orchites scarlatineuse, grippale, pneumonique érysipélateuse, elles sont très rares et, en outre, l'affection initiale a été diagnostiquée d'après le tableau clinique général.

L'orchite blennorrhagique, en dehors des commémoratifs, se distinguera par son début plus insidieux, mettant quatre à cinq jours pour atteindre son maximum, par sa

prédilection pour l'épididyme, dont la queue présente souvent un noyau induré qui persiste pendant longtemps. Enfin, il y a très souvent de l'urétrite.

L'*orchite varioleuse*, fréquente, débute très rapidement, en une nuit. En outre, elle est *bilatérale*, commençant souvent par le côté gauche, et attaque surtout la vaginale, parfois celle-ci et l'épididyme en même temps. Ici encore on rencontre souvent dans la queue de l'épididyme une masse arrondie et lisse.

L'*orchite ourlienne* présente le même mode d'invasion que les orchites typhoïdique et maltaise, à savoir : elle commence par le testicule et continue par l'épididyme. Mais elle s'accompagne d'un état général plus grave, qui laisse pendant plusieurs jours une forte fièvre (40-41 degrés), dure habituellement cinq à sept jours, est rarement bilatérale (une fois sur huit) et, point important, laisse souvent de l'atrophie consécutive.

L'*orchite rhumatismale* pourrait d'autant plus être confondue avec l'orchite qui nous occupe, que la fièvre de Malte revêt parfois la forme du rhumatisme. Mais on la reconnaîtra surtout par la fréquence de l'épanchement vaginal et par la caractéristique suivante : les articulations atteintes deviennent libres à l'apparition de l'orchite. Enfin, c'est plutôt une périépididymite qu'une orchite.

L'*orchite typhique* a été souvent confondue avec l'orchite maltaise. Elle est cependant beaucoup plus rare et suppure bien plus souvent.

Enfin, l'*orchite tuberculeuse* a un début plutôt insidieux, survenant généralement chez un sujet en apparence bien portant, présentant un épididyme régulièrement bosselé et suppurant rapidement.

A l'aide de ces notions et du tableau clinique, on pourra, nous semble-t-il, presque toujours diagnostiquer l'orchite maltaise.

PRONOSTIC

Disons tout de suite que le pronostic de l'orchite maltaise est généralement bénin. Et quant à la durée, et quant à l'avenir génital du sujet, l'orchite maltaise n'est pas sombre.

Nous avons vu qu'elle dure généralement de dix à vingt jours, qu'elle suppure et s'atrophie rarement.

Au point de vue de la stérilité du sperme, nous ne pouvons rien avancer. Aucun examen n'a été fait, que nous sachions, à ce sujet. Vu cependant qu'elle est plus souvent unilatérale, on peut, à *priori*, admettre un pronostic plutôt favorable.

TRAITEMENT

Voici un chapitre bien maigre, et qui n'est d'ailleurs point indispensable. Presque toujours, en effet, l'orchite maltaise guérit spontanément. Il n'existe d'ailleurs point de traitement spécifique. Nous nous contenterons donc d'énumérer les moyens thérapeutiques des différentes orchites.

Nous ne citerons qu'à titre de curiosité historique *la boue de remouleur*, le *mâchefer de forgeron*, que Velpeau condamnait en disant qu'en « les employant on jouait à *quitte ou double* ». Vinrent plus tard les sangsues, les ventouses, les compresses de chloroformes. A côté de la médication phlogistique, on plaçait les purgatifs : calomel, huile de ricin, eau de Sedlitz, eau de Pullna, balsamiques, vésicatoires.

Le traitement peut se diviser en *mesures hygiéniques* : repos au lit, position horizontale ; tenir le bassin élevé au moyen d'un coussin, afin d'empêcher la stase sanguine dans les parties enflammées.

Moyens chirurgicaux : bains de siège chauds, cataplasmes, compression ouatée, suspensoir, serviette pliée en triangle, *application de glace*. Déjà, vers l'an 1858, on parle des inconvénients de ces applications : la production de gangrènes partielles du scrotum. Il nous semble néanmoins que c'est là un excellent moyen de calmer les phé-

nomènes inflammatoires de cette orchite ; rarement ponction et débridement.

Traitement médical. — 1° *A l'extérieur*, pommade mercurielle belladonnée, pommade au collargol.

Le docteur Paul Caziot indiquait un traitement qui lui aurait donné d'excellents résultats dans l'orchite blennorrhagique. Les bourses et la verge sont étalées sur une planchette de carton, rembourrée d'ouate et fixée à une ceinture. Trois fois par jour on laisse tomber sur le testicule et la bourse malades vingt gouttes de salicylate de méthyle. Un imperméable et quelques couches de coton — par dessus. Le tout est assujéti à la planchette en serrant le moins possible pour qu'il n'y ait pas de compression. Toute médication est suspendue, sauf la tisane de graines de lin. L'effet bienfaisant ne se fait pas attendre. Tous les accidents aigus s'arrêtèrent le sixième jour, et la médication fut suspendue.

Le docteur Chevillot (de Pont-l'Evêque), suivant cet exemple, expérimenta sur douze malades ; le résultat fut excellent. Il recommande la pommade suivante :

Salicylate de méthyle.....	12 gr.
Extrait de belladone.....	3 gr.
Axonge fraîche	35 gr.

Cependant, vu l'efficacité plutôt insignifiante des salicylates sur les phénomènes aigus de la fièvre ondulante, il nous est permis de douter du résultat de ce traitement dans le cas qui nous occupe.

2° *A l'intérieur*, salol, bleu de méthylène, etc.

CONCLUSIONS

1° L'orchite maltaise est loin d'être une complication rare, et cela surtout dans les foyers épidémiques.

2° Son étiologie est encore inconnue, mais l'on peut d'ores et déjà exclure toute relation de cause à effet entre la blennorrhagie et la production de cette orchite.

3° Bien que l'âge ne semble pas avoir une influence décisive sur son éclosion, elle est surtout fréquente chez l'adolescent et l'adulte.

4° Assez souvent bilatérale, elle se produit, lorsqu'elle est unilatérale, aussi bien à gauche qu'à droite.

5° Elle ne nous semble point être une particularité de la convalescence, mais surtout de la période d'état.

6° Généralement bénigne et évoluant naturellement vers la guérison, ce n'est que rarement qu'elle suppure ou laisse de l'atrophie.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 22 juillet 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 juillet 1910.
Pour le Doyen,
L'assesseur délégué,
G. SARDA.

BIBLIOGRAPHIE

Annales génito urinaires.

- AUBERT, CANTALOUBE, THIBAUT. — Une épidémie de fièvre de Malte dans le département du Gard. Soc. de Biol., 27 nov. 1909.
— Soc. de Biol., 21 janv. 1910.
- AUCLAIR et BRUN — Deux cas de fièvre de Malte vraisemblablement contractés à Paris. Acad. des Sc., 27 déc. 1909.
- BAZY. — Epididymite. Gaz. Méd., 1877, p. 290.
- BENSIS. — Contribution à l'étude de la fièvre de Malte. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 8 oct. 1909.
- BLUMENFELD. — Fièvre typhoïde et orchite. Th. Paris, 1905.
- BOUISSON (E.-P.) — De l'orchite rhumatismale. *In* Tribut à la Chirurgie ou Mémoires sur divers sujets de cette science. Montpellier, 1861, t. II, p. 341.
- BRUCE (David). — Sur une nouvelle forme de fièvre rencontrée sur les bords de la Méditerranée. Annales de l'Institut Pasteur, avril 1893.
— Maltafever. Journ. Voy. army. Med. Corps, 1906, p. 330.
- CANTALOUBE (P.) — Une épidémie de fièvre de Malte en France (180 cas). Soc. de Biol., 20 nov. 1909.
— Montp. Méd., Echo Méd. des Cévennes, févr. 1910.
— Médecin de Campagne, mars, avril, mai 1910.
— Traitement de la fièvre de Malte. Journal des Praticiens du 26 mars 1910, p. 205, 6 avril 1910.
— L'orchite et les autres manifestations génit. de la fièvre de Malte. La Provence Méd., 28 Mai 1910.
— La fièvre de Malte en France, ét. clin. d'après 200 cas personnels. Paris, Maloine, 1910

- CARDIALIAGUET. — Nos connaissances actuelles sur la fièvre méditerranéenne en Tunisie. Th. Bordeaux, 1906.
- CARRIEU, LAGRIFFOUL et BOUSQUET. — Les lésions anatomo-pathol. dans la fièvre de Malte. Soc. Biol., mars 1910.
- CAZIOT (D^r). — Application de salicylate de méthyle dans l'orchite blennorrhagique. Gazette hebdomadaire, 1899.
- CHALON (Pierre). — Contrib. à l'étude de l'orchite typhoïdique. Th. Paris, in-8°, 1899-900, n° 168, 92 p.
- CHEVILLOT (D^r), de Pont-Lévêque. — Traitement de l'orchite blennorrhagique par le salicylate de méthyle. L'année médicale de Caen, 1900.
- CHOLET (D^r G.). — L'orchite des typhiques. In-8°, Paris, J.-B. Baillière, 1900.
- COGOMBLES. — De l'orchite aiguë. Th. Paris, 1858.
- CURLING (trad. par Gosselin). — Traité des maladies du testic.
- DANLOS, WURTZ et TANON. — Deux cas de fièvre de Malte observés aux env. de Paris. Soc. Méd. des Hôpit., déc. 1908.
- DIEULAFOY. — Gonococcie. Acad. de Méd., 18 mai 1909.
- DROMONT. — Du rhumatisme aigu polymorphe. Th. Paris 1880.
- DUFFEY (F.). — On rhumatic orchitis asa sequel to Fever. Dublin journal of medical science, 1872, t. LIII, p. 97.
- ELLYS. — The Lancet, 22 janv. 1881.
- ELOY. — Orchite dothiënéntérique. Union méd., 18 nov. 1882.
- ENTRYBOULE et GABRIELIDÈS. — Presse méd., 1909, p. 555.
- EYRE. — The Milroy lectures on melitensis septicaemia (Malta or medit. fever). Lancet 1908, p. 1677, 1747, 1827.
- FOUQUET (Antoine). — Etude clinique de la fièvre de Malte. Th. Montpellier 1910.
- GARDON. — Etude descriptive de la fièvre méditerranéenne. Bull. méd. de l'Algérie 1907, pp. 49 et 74.
- LE GENDRE (P.) et LASNIER (M.). — Orchi-épididymite sans uréthrite au cours d'une septicémie staphylococcique à forme fébrile intermittente, pseudo-rhumatismale. Soc. méd. des Hôpit. de Paris du 26 nov. 1909.
- GEORGIADÈS. — La fièvre ondulante. Th. Paris 1908, n° 209, p. 46.
- GILLOT (V.). — Fièvre de Malte. Assoc. franç. pour l'avancement des sciences. Cherbourg 1905.

- La Fièvre de Malte en Algérie. Assoc. franç. pour l'avancement des sciences. Lyon 1906, p. 877.
- GILLOT et LEMAIRE. — La fièvre de Malte chez les enfants. Congrès d'obst. et de péd. Alger 1907.
- La fièvre de Malte chez les enfants. Journ. des Prat. 15 janv. 1910, p. 33.
- GOUBAND. — Des troubles cutanés dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Th. Paris, p. 23.
- GOSSELIN (L.). — Orchite varioleuse. Mém. de la Soc. de biol. 1852.
- GOUGET, AGASSE-LAFONT et WEIL. — Un nouveau cas de fièvre de Malte contracté en France et observé à Paris. Soc. méd. des hôpit., 10 déc. 1909.
- GUILLAIN et TROISIER. — Un cas de fièvre de Malte à Paris. Soc. de biol. 4 déc. 1909.
- HANSHALTER. — Fièvre méditerranéenne chez un enfant de 3 ans. Province méd. 1908.
- HANOT. — Orchite typhoïdique. Bull. de la Soc. anat. 1873.
- HARRISON. — The Lancet, 9 juin 1883.
- HAYAT (Is. Eug.). — Contrib. à l'étude de la fièvre dite méditerranéenne. Th. Montpellier 1903, p. 116.
- Sur quelques cas de fièvres méditerranéennes observés en Tunisie. Arch. institut Pasteur, Tunis, t. I, janv. 1907 p. 15-25.
- HUGUES (Louis). — Sur une forme de fièvre fréquente sur les côtes de la Méditerranée. Annales de l'Institut Pasteur, août 1893, p. 628.
- HUTINEL. — Etude sur la convalescence et les rechutes de la typhoïde. Th. agrég. Paris 1883, p. 185.
- JACCOUD. — Nouv. Dict. de Méd. et de Chir. Paris 1883.
- JEANSELME et RIST. — Art. Fièvre de Malte in Précis de pathologie exotique, 1909.
- LAGRIFFOUL et ROGER. — De l'endémicité de la F. de Malte dans la région méridionale (avec séro-diagn. rétrospectifs) Société des Sciences médicales de Montpellier, 4 mars 1910 et Montpellier Méd., 15 mai 1910.
- Sur la persistance de la séro-réaction de Wright dans la fièvre de Malte. Soc. de biol., 15 janv. 1910.
- F. de Malte et troubles cardiaques. Prov. méd., 18 juin 1910.

- La F. de Malte en France. Acad. des Sciences, 21 mars 1910.
- Pronostic de la F. de M. Soc. des Sc. méd. de Montpellier, 15 avril 1910.
- Un cas de F. de M. à symptômes hépatiques, prédominants. Soc. des Sc. méd. de Montpellier, 11 février 1910.
- Le pseudo-rhumatisme méditer. Rhumatisme chronique et F. de M. Gaz. des Hôpit. 14 juin 1910.
- Forme hépatique de la F. de M. Bullet. Médic. 1910.
- LAGRIFFOUL, MESTREZAT et ROGER. — Le liquide céphalo-rachidien, dans la F. de M. Soc. de Biol., 18 févr. 1910.
- LAGRIFFOUL, ARNAL, ROGER. — Fièvre de Malte et fièvre typhoïde. Soc. de biol., 29 janv. 1910.
- La fièvre de Malte dans l'Hérault. Soc. de biol., 7 janv. 1910.
- LARGUIER. — De l'orchite dans la fièvre typhoïde. Th. Paris, 1882.
- D^r LAPEYRE (de Fontainebleau). — De quelques cas de fièvre ondulante en Seine-et-Marne. Journ. de Méd. et Chirur., 1909, 26 juillet.
- LAYRE-DUFAN. — La fièvre typhoïde sudorale bénigne. Th. Montpellier, 1900.
- LEMAIRE. — Sur la fièvre de Malte à Alger. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris. T. XXII, n° 30, du 3 nov. 1909.
- Sur la fièvre dite de Malte à Alger. Bull. de la Soc. méd. des hôpit., Paris 1905, p. 818.
- MANOUSSAS. — Obs. de F. de Malte. Le Caducée, mai 1903.
- MANQUÂT et PÉGURIER (de Nice). — Fièvre de Malte d'une durée de treize mois, etc. Bull. de la Soc. Méd. des Hôpit., du 30 juin 1910, p. 871-878.
- MARCUS. — Archiv für medicinische Erfahrungen. Berlin, 1812.
- MESTREZAT. — Analyse chimique du liquide céphalo-rachidien dans la F. de M. Prov. méd., mars 1910.
- MOIZARD. — Journal de Méd. et de Chir. prat., 1885.
- NICOLLE et TRIOLO. — La fièvre de Malte en Tunisie. Presse médicale, 1905, p. 113.
- NICOLLE et CONSEIL. — Recherches sur la fièvre méditerranéenne entreprises à l'Institut Pasteur. Bull. de la Soc. de Pathol. exot., 1909, p. 191.
- OLLIVIER (Aug.). — Contribution à l'histoire de l'orchite typhoïdique. Rev. de Méd., 1883, p. 829 et 960.

- PATER (H.). — La fièvre de Malte. *Le Monit. Thérap.*, Paris 6 juin 1910.
- QUÉNU. — *Presse méd.*, 21 avril 1909.
- RAUZIER et ROGER. — Un cas de fièvre de Malte d'une durée de plus de 6 mois. *Soc. des Sc. méd. de Montpellier*, 28 janv. 1910.
- REULOS. — Contribution à l'étude de l'orchite rhumatismale. *Th. Paris*, 1903-1904, n° 518.
- ROGER (Henri). — « Fièvre de Malte ». *Gazette des Hôpitaux*, des 22 et 29 janv. 1910.
- ROUSSEAU-LANGWELT. — La F. de Malte. *Th. Paris*, 1909, n° 303.
- SADRAIN. — De l'orchite dans la fièvre typhoïde. *Th. Paris*, 1882, n° 66.
- SCIALOM. — Contribution à l'étude de la fièvre méditerranéenne en Tunisie. *Revue de méd. et d'hyg. trop.*, 1908, p. 253.
- SICARD et LUCCAS. — Fièvre de Malte avec contrôle bactériologique. Guérison. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1909, 5 mars, p. 461.
- SERGENT et BORIES. — Statistique sur la fièvre de Malte dans le village de Kléber (Oran). *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1908.
- SMYTTERS. — Des diverses espèces d'orchite aiguë. *Th. Paris*, 1853.
- SCHERB. — Fièvre de Malte et puerpéralité. *Bull. méd. d'Alger*, 1908, p. 722.
- SOULIÉ. — La fièvre méditerranéenne d'après les dernières recherches. *Bull. méd. de l'Algérie*, 1906, p. 274.
- VERNEUIL. — Des épanchements dans la tunique vaginale métast. de l'arrière-gorge. *Arch. gén. de méd.*, 1857.
- VELPEAU. — Dictionnaire de méd., art. testicule, 2^e éd., 1844, p. 468.
- WEIL (G.). — Fièvre de Malte. *Journ. de méd. de Paris*, 1909, p. 236.
- WIDAL. — Fièvre typhoïde compliquée d'orchite. *Bull. de la Soc. clin. de Paris*, 1877, t. I, p. 142.
- WURTZ. — Art. Fièvre de Malte, in *Nouv. traité de Gilbert et Thoinot*, fasc. 6.
- La fièvre de Malte en France. *Acad. de méd.*, 26 oct. 1909 et *Revue Scientif.*, 25 déc. 1909.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
